

Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen

Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
durch den
Promotionsausschuss Dr. phil.
der Universität Bremen

vorgelegt von
Dipl.-Soz. Juliane Nachtmann

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefan Görres

Zweitgutachter: Dr. Christopher Kofahl

Tag des Kolloquiums: 13. März 2016

Danksagung

In ganz besonderem Maße bedanke ich mich bei allen Familien, die sich bereit erklärten, mir einen Einblick in ihren Pflegealltag zu gewähren. Erst ihre Bereitschaft ermöglichte diese Arbeit. Ihre Offenheit in den Gesprächen hat mich tief berührt.

Bedanken möchte ich mich zudem bei:

- der Fazit-Stiftung, die das Dissertationsprojekt für zwei Jahre finanziell unterstützte.
- meinem ehemaligen Arbeitgeber, der Landeshauptstadt Potsdam, insbesondere der Beigeordneten für Soziales, Jugend, Gesundheit und Ordnung Elona Müller-Preinesberger, die mein Vorhaben stets unterstützte und mir Zeit für den Abschluss der Arbeit einräumte sowie dem gesamten Team der Arbeitsgruppe Planung und Steuerung.
- Prof. Dr. Stefan Görres, der die Arbeit als Erstgutachter betreute.
- Dr. Christopher Kofahl, der sich sehr kurzfristig bereit erklärte, das Zweitgutachten dieser Arbeit zu übernehmen.
- den Professoren Wolfgang Clemens und Thomas Görgen.
- Dr. Elke Hoffmann vom Deutschen Zentrum für Altersfragen, die mich seit den ersten Berufsjahren als Mentorin begleitet.
- den Freundinnen Dr. Rosa Mazzola und Katrin Safarik für ihr beständiges Nachfragen und Nachhaken.
- den Frauen der Gruppe Leuchtfeuer. Euren kritischen Blick, der mir zu neuen Denkanstößen verhalf, habe ich zu schätzen gelernt.
- meinen Eltern, die mich fortwährend unterstützten.
- Thomas, meinem Partner, der mir stets den Rücken freihielt.

Mein größter Dank gilt Dr. Kerstin Kremeike. Du hast mich über drei Jahre auf den zum Teil steinigen Weg wissenschaftlichen Arbeitens begleitet. Für die hilfreiche Tandemarbeit auf der Zielgeraden möchte ich Dir von Herzen danken. Deine Fachlichkeit imponiert mir. Deine kleinen Aufmerksamkeiten haben mich motiviert und zum Lachen gebracht.

Juliane Nachtmann, Berlin im September 2015

INHALTSVERZEICHNIS

<i>Danksagung</i>	II
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	VII
<i>Tabellenverzeichnis</i>	VIII
<i>Abkürzungsverzeichnis</i>	X
Einleitung	13
1 Gesellschaftliche Relevanz von Alter, Pflege und Gewalt	20
1.1 Gesetzliche Regelung von Pflege in Deutschland.....	22
1.2 Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit	25
1.3 Inanspruchnahme von Versorgungsarten	27
1.4 Charakteristik häuslicher Pflegearrangements	29
1.5 Zusammenfassung	32
2 Begriffliche Ein- und Abgrenzung von Gewalt	33
2.1 Strukturelle Gewalt	34
2.2 Kulturelle Gewalt und Ageism.....	35
2.3 Personale Gewalt.....	36
2.4 Eine vorläufige Ereignistypologie.....	40
2.5 Zusammenfassung	42
3 Aktueller Stand der Forschung zu Gewalterfahrungen Älterer in der häuslichen Pflege	44
3.1 Empirische Datenlage zu Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege).....	45
3.1.1 Erscheinungsbild von Gewalt gegen alte Menschen.....	45
3.1.2 Erscheinungsbild von Gewalt gegen alte Menschen in der häuslichen Pflege.....	50
3.2 Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen.....	55
3.3 Theoretische Erklärungsansätze	57
3.4 Zusammenfassung	59
4 Konzeptioneller Rahmen: familiäre Beziehungen im Alter	61
4.1 Intergenerationale Solidarität und Konflikte.....	61
4.2 Intergenerationale Ambivalenz	62
4.3 Zusammenfassung	66
5 Zentrale Fragen und Hypothesen	67

6	Methodisches Vorgehen.....	69
6.1	Mixed-Methods-Ansatz.....	70
6.2	Qualitative Interviewstudie.....	72
6.2.1	Problemzentriertes Interview, Interviewleitfäden und weitere Erhebungsinstrumente	72
6.2.2	Feldzugang, Forschungsethik und Grenzen der Datenerhebung.....	75
6.2.3	Gesamtstichprobe und Bedingungen der Fallauswahl.....	78
6.2.4	Auswertungsstrategien, Kategorienbildung und Qualitätssicherung.....	80
6.3	Quantitative Fragebogenstudie	85
6.3.1	Fragebogen und Messinstrumente.....	85
6.3.2	Feldzugang, Forschungsethik und Grenzen der Datenerhebung.....	89
6.3.3	Gesamtstichprobe und Bedingungen der Fallauswahl.....	90
6.3.4	Datenauswertung.....	92
6.4	Zusammenfassung	92
7	Ergebnisse aus der quantitativen Fragebogenstudie	93
7.1	Soziodemografische Merkmale der vier Pflegegruppen	93
7.1.1	Intergenerationale Pflegearrangements ohne Demenz (<i>Referenzgruppe</i>)	94
7.1.2	Intergenerationale Pflegearrangements mit Demenz.....	95
7.1.3	Intragationale Pflegearrangements ohne Demenz.....	97
7.1.4	Intragationale Pflegearrangements mit Demenz.....	99
7.1.5	Zwischenfazit	100
7.2	Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen ...	102
7.3	Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen.....	107
7.3.1	Deskriptive Informationen zu allen unabhängigen Variablen	108
7.3.2	Ergebnisse der schrittweisen, logistischen Regressionsanalyse	111
7.4	Familiale Beziehungsmerkmale	114
7.5	Kurze Zusammenfassung des quantitativen Ergebnisteils	117
8	Ergebnisse aus der qualitativen Interviewstudie.....	118
8.1	Kurzportraits der Pflegearrangements	119
8.1.1	Familie Albrecht (doppelte Pflege)	120
8.1.2	Familie Becker (falscher Sohn).....	121
8.1.3	Familie Conrad (Pflege als biografische Chance)	122
8.1.4	Familie Dietrich (tückische Verwechslung)	123
8.1.5	Familie Ebert (heimliche Heimplatzsuche)	123

8.1.6	Familie Fischer (typische weibliche Doppelbelastung).....	125
8.1.7	Familie Gerlach (Mehrgenerationenhaushalt)	126
8.1.8	Familie Hoffmann (Rückzug der Familie)	127
8.1.9	Familie Ihle (Todessehnsucht)	128
8.1.10	Familie Jansen (ehrenamtliche Vollzeitkraft)	129
8.1.11	Zwischenfazit	130
8.2	Fallübergreifende Themen.....	133
8.2.1	Motive zur Übernahme der Pflege.....	133
8.2.2	Beidseitiges Belastungserleben	137
8.2.2.1	Belastungen seitens pflegender Kinder	137
8.2.2.2	Belastungen seitens pflegebedürftiger Eltern	141
8.2.3	Retrospektive Bilanzierung	145
8.3	Identifikation bedeutsamer Ambivalenzerfahrungen.....	147
8.3.1	Die individuelle Ebene	147
8.3.2	Die strukturelle Ebene.....	149
8.3.2.1	Konkurrierende Rollen	149
8.3.2.2	Konkurrierende Normen.....	152
8.4	Familiale Interaktionsmuster im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen....	155
8.4.1	Gleichberechtigte Partnerschaft.....	161
8.4.2	Beschützende Autorität	162
8.4.3	Einseitige Dominanz.....	163
8.4.4	Kampf und Rebellion	165
8.5	Situative Beschreibungen von Gewalthandlungen und zukünftige Gefährdungslagen	167
8.6	Kurze Zusammenfassung des qualitativen Ergebnisteils	175
9	Ausführliche Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick.....	176
9.1	Ausführliche Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse	176
9.2	Praktische Relevanz der Ergebnisse	182
10	Literaturverzeichnis.....	186
11	Anhang	210
11.1	Fragebogen „Pflege älterer Menschen in der Familie“	210
11.2	Sozialdatenbögen.....	232

11.2.1	Sozialdaten der pflegebedürftigen Person	232
11.2.2	Sozialdaten der familiären Pflegeperson	232
11.2.3	Sozialdaten der ambulanten Pflegekraft.....	235
11.3	Interviewleitfäden.....	237
11.3.1	Interviewleitfaden für die pflegebedürftige Person.....	237
11.3.2	Interviewleitfaden für die familiäre Pflegeperson.....	242
11.3.3	Interviewleitfaden für die ambulante Pflegekraft	247
11.4	Summarische Ratingskala.....	254
11.5	Postscript-Bogen (Interviewprotokoll)	255
11.6	Informationsblatt	257
11.7	Antwortbogen.....	258
12	Eidesstattliche Erklärung	259

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bevölkerung nach Altersgruppen, in %.....	21
Abbildung 2: Pflegeprävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2013, in %.....	26
Abbildung 3: Pflegebedürftige Menschen nach Versorgungsart, 1999 bis 2013, in %.....	28
Abbildung 4: Ereignistypologie der Viktimisierung (Opferwerdung) von pflegebedürftigen Menschen	41
Abbildung 5: Dimensionen des Ambivalenzbegriffes.....	64
Abbildung 6: Detailliertes Ablaufschema beim parallelen Design, Eigenanteil der Autorin.....	71
Abbildung 7: Ablaufschema einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.....	82
Abbildung 8: Ablaufschema einer typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse.....	83
Abbildung 9: Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen nach Pflegegruppen, in % der Befragten.....	105
Abbildung 10: Bedeutsames Problemverhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen nach Pflegegruppen, in % der Befragten.....	107
Abbildung 11: Wahrgenommene Beziehungsentwicklung nach Pflegegruppen, Mittelwerte.....	115

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Versorgungsart im Jahr 2015	24
Tabelle 2: Ausgewählte Merkmale privat Pflegenden in Deutschland im Zeitvergleich, in %.....	31
Tabelle 3: Beispiele struktureller Gewalt im Kontext institutioneller Pflege	35
Tabelle 4: Erscheinungsformen von personaler Gewalt gegen ältere Menschen.....	39
Tabelle 5: Merkmale des verwendeten Gewaltbegriffes	43
Tabelle 6: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen (berichtet von älteren Menschen).....	47
Tabelle 7: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen (berichtet von pflegenden Angehörigen)	52
Tabelle 8: Das Modul Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege	54
Tabelle 9: Risikofaktoren in der häuslichen Pflege älterer Menschen.....	57
Tabelle 10: Theoretische Ansätze zur Erklärung von Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege älterer Menschen.....	58
Tabelle 11: Zentrale Themenfelder des Interviewleitfadens für pflegende Familienangehörige.....	74
Tabelle 12: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings (Gesamtstichprobe)	78
Tabelle 13: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings (Fallauswahl).....	79
Tabelle 14: Hauptkategorien des Kategoriensystems der qualitativen Interviewstudie	81
Tabelle 15: Grad der InterCoder-Übereinstimmung, in %.....	84
Tabelle 16: Items zur Erfassung selbstberichteter Misshandlung und Vernachlässigung	86
Tabelle 17: Bildung von vier Pflegegruppen.....	91
Tabelle 18: Häufigkeit der vier Pflegegruppen	91
Tabelle 19: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der vier Pflegegruppen (alle Angaben in Jahren)	101
Tabelle 20: Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen.....	103
Tabelle 21: Deskriptive Informationen zu allen Risikofaktoren nach Pflegegruppen, \bar{x} (SD) für stetige bzw. % für kategoriale Variablen.....	110
Tabelle 22: Risikofaktoren (Modell 1) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression.....	113
Tabelle 23: Risikofaktoren (Modell 2) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression.....	113
Tabelle 24: Risikofaktoren (Modell 3) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression.....	116

Tabelle 25: Wahrgenommene Beziehungsentwicklung zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression.....	116
Tabelle 26: Soziodemografische Merkmale der zehn Familiensettings im Überblick.....	131
Tabelle 27: Motive erwachsener Kinder zur Übernahme pflegerischer Aufgaben	135
Tabelle 28: Direkte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder.....	138
Tabelle 29: Indirekte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder.....	141
Tabelle 30: Subjektiv erlebte Belastungen seitens pflegebedürftiger Eltern	144
Tabelle 31: Retrospektive Bilanzierung	146
Tabelle 32: Ambivalenzerfahrungen	154
Tabelle 33: Merkmalsausprägungen zur Beziehungsqualität.....	156
Tabelle 34: Merkmalsausprägungen zu Entscheidungsprozessen und den Umgang mit Ambivalenzerfahrungen	157
Tabelle 35: Kategorienbasierte Auswertung für die Erarbeitung von familialen Interaktionsmuster	159
Tabelle 36: Einschätzung aktueller Gewaltvorkommnisse und zukünftiger Gefährdungslagen in den zehn Pflegesettings.....	172
Tabelle 37: Statistische Ergebnisse der vorliegenden Arbeit	178

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AbIEU	Amtsblatt der Europäischen Union
AEA	Action on Elder Abuse
AP	Ambulante Pflegekraft
Art.	Artikel
B	Befragte bzw. Befragter
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
CTS2	revidierte Conflict Tactics Scale
DEAS	Deutscher Alterssurvey
DHPol	Deutsche Hochschule der Polizei
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
F-SOZU	Fragebogen zur Sozialen Unterstützung
FDZ	Forschungsdatenzentrum
FpfZG	Familienpflegezeit
GDS	Geriatric Depression Scale
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GG	Grundgesetz
GKV	Spitzenverband Bund der Krankenkasse
GPV	Gesetzliche Pflegeversicherung
GRC	Charta der Grundrechte der Europäischen Union
HsM	Handeln statt Misshandeln
I	Interviewende

INPEA	International Network for the Prevention of Elder Abuse
intermD	intergenerational mit Demenz
interoD	intergenerational ohne Demenz
intramD	intragenerational mit Demenz
intraoD	intragenerational ohne Demenz
Junior	Namenszusatz für die erwachsenen, pflegenden Kinder
k. A.	keine Angabe
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e. V.
KI	Konfidenzintervall
KuGiLaM	Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen
Max.	Maximum
MBI-D	Maslach Burnout Inventory - Deutsche Übersetzung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.
MILCEA	Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse
Min.	Minimum
MS	Multiple Sklerose
MuG	Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten
MW	Mittelwert
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OR	Odds Ratio
P	Wert für die Irrtumswahrscheinlichkeit
PflegeStatV	Pflegestatistik-Verordnung
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz

PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
PNG	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz
Profi	Namenszusatz für die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste
PS	Pflegestufe
PSG I	Erstes Pflegestärkungsgesetz
SD	Standardabweichung
Senior	Namenszusatz für die alten, pflegebedürftigen Eltern
SGB	Sozialgesetzbuch
SUF	Scientific Use File
UN	United Nations
WEAAD	World Elder Abuse Awareness Day
WHO	World Health Organization
\bar{x}	arithmetischer Mittelwert
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

Einleitung

Das Projekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* (KuGiLaM) steht für die intensiven Bemühungen der Bundesregierung, vor dem Hintergrund des demografischen Wandels Licht ins Dunkel dieses höchst bedeutungsvollen Themas zu bringen. Mithilfe eines abgestimmten *Mixed-Methods-Ansatzes* ist es dem interdisziplinären Team aus den Fachrichtungen Gerontologie, Kriminologie, Pflegewissenschaft, Psychologie und Soziologie gelungen, neue und wichtige Erkenntnisse zu generieren. Dem Kooperationsverbund der Studie gehörten das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in Berlin, das Institut für Psychologie an der Universität Hildesheim, die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) in Münster sowie Zoom e. V. in Göttingen an. Die Federführung lag beim Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFNI) in Hannover.

Wie in vielen anderen Forschungsstudien auch, führten die zeitliche und finanzielle Ressourcenbegrenzung dazu, dass trotz des sehr umfangreichen und detaillierten Endberichtes (vgl. GÖRGEN 2010) spezielle Einzelaspekte unbeleuchtet blieben. Der ungewöhnliche Datenschatz, der nun vorliegt, eröffnet Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Möglichkeit, diesen im Rahmen eigener Erkenntnisinteressen zu nutzen.

Fokus der vorliegenden Arbeit

Die Autorin hatte das Privileg, im Projekt KuGiLaM mitarbeiten zu dürfen. Sie war insbesondere für die Planung und Steuerung eines Teilprojektes im Großraum Berlin verantwortlich. Während dieser Zeit kristallisierte sich heraus, dass die Autorin die gewonnenen Daten für das eigene Forschungsinteresse nutzen und durch eigene Fragestellungen vertiefen kann. Insbesondere interessierte sie sich für das Konzept der Generationenambivalenz von LÜSCHER (2005, 2002, 2000).

In Abgrenzung zum Projekt KuGiLaM konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf ältere, körperlich eingeschränkte Menschen, die in familiären häuslichen Pflegearrangements von ihren erwachsenen Kindern versorgt werden. In besonderem Maße setzt sich die vorliegende Studie mit dem Einfluss von Pflegebedürftigkeit auf die alltägliche Lebensgestaltung, der Beziehungsgeschichte zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern sowie Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen im Kontext der häuslichen Pflege auseinander. Im Fokus stehen pflegende, erwachsene Kinder, die gegenüber ihren pflegebedürftigen, alten Eltern Gewalt ausüben. Um ein möglichst umfassendes Bild davon zu gewinnen, werden die Perspektiven und Erfahrungen von pflegebedürftigen Menschen selbst und ihrer familiären Hauptpflegeperson einbezogen.

Die Frage, wie die Beziehungen zwischen alternden Eltern und erwachsenen Kindern, die nun vielleicht selbst Eltern sind, ausgestaltet werden, lässt sich:

„(...) nicht (mehr allein) durch Rekurs auf fraglos gültige Solidaritätsnormen beantworten. Vielmehr geht es um Aushandlungsprozesse – zwischen individuellen Wünschen und intergenerationalen Verpflichtungen, zwischen widerstreitenden Gefühlen von Verbundenheit und Eigenständigkeit (...)“ (TESCH-RÖMER, MOTEL-KLINGEBIEL & KONDRATOWITZ 2002: 200).

Dementsprechend sind im Kontext der ambulanten intergenerationalen Betreuung neben Momenten wechselseitiger Unterstützung zweifelsohne auch spannungsgeladene Situationen bzw. problematische Verhaltensweisen denkbar. Deren Formen, Ausmaß und Intensität, Risikofaktoren und Bewältigungsprozesse sollen analysiert werden.

Der Blick reduziert sich aber nicht auf konfliktreiche Beziehungen. Pflegesettings, die in ihrer Ausgestaltung als gelungen bezeichnet werden können, werden ebenso in die Analyse einbezogen. Mit dieser Herangehensweise sollen die feinen Nuancen familiärer Pflegearrangements aufgezeigt werden, die sich auf einem Qualitätskontinuum abspielen können. Aus Sicht der Autorin lässt dieser breite thematische Zugang einen hohen Erkenntnisgewinn über das Handeln familiärer Hilfeinstanzen erwarten.

Es bleibt natürlich nicht aus, dass es immer wieder auch Parallelen zum ursprünglichen Forschungsprojekt gibt, insbesondere beim methodischen Vorgehen (Kapitel 6). Das Forschungsdesign, die Datenerhebung und Fragen zur Datenauswertung hängen eng mit dem Projekt KuGiLaM zusammen. An den entsprechenden Stellen der vorliegenden Arbeit wird dies kenntlich gemacht. Eine separate Abbildung, die Auskunft gibt, wo im Forschungsprozess die Autorin auf das Projekt KuGiLaM zurückgreift und worin der Eigenanteil der vorliegenden Arbeit besteht, findet sich in Kapitel 6.1.

Aufbau der Arbeit

Um besser zu verstehen, unter welchen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Pflege generell organisiert ist und welchen Stellenwert häuslich-familiäre Arrangements heute einnehmen, beginnt das erste Kapitel mit einer Darstellung der gesetzlichen Grundlagen (Kapitel 1.1). Danach werden Entwicklungen und Trends dargestellt, die sich aus den turnusmäßigen Erhebungen der Pflegestatistik ableiten lassen (Kapitel 1.2 und 1.3).

Wichtige Fragen, die in dieser thematischen Hinführung bearbeitet werden, lauten: Unter welchen Voraussetzungen wird in Deutschland von Pflegebedürftigkeit gesprochen? Wie viele (ältere) Menschen nehmen Leistungen in Anspruch, und welche finanziellen Aufwendungen stehen den Hilfe Empfangenden zur Verfügung? Im Anschluss an diese harten

Daten und Fakten werden erste Eindrücke davon gesammelt, was in und mit den Familien passiert, die sich für die häusliche Versorgung eines nahen Angehörigen entscheiden (Kapitel 1.4). Erst vor diesem Horizont werden aus Sicht der Autorin die Komplexität und Brisanz des Themengebietes Alter, Pflege und Gewalt greifbar.

Das zweite Kapitel geht der Frage nach, welche Handlungen oder Unterlassungen unter das Gesamtkonstrukt Gewalt gefasst werden sollten. Was ist gemeint, wenn Menschen äußern, Gewalt ausgeübt oder aber erlitten zu haben? Den Anfang macht ein kurzer Abriss über die Vielschichtigkeit des Begriffs und seine (umgangssprachliche) Verwendung in unterschiedlichen Kontexten. Nach einer Unterscheidung von struktureller, kultureller und personaler Gewalt gegenüber älteren Menschen wird der Gewaltbegriff auf den Bereich der Pflege übertragen (Kapitel 2.1, 2.2 und 2.3). Die Erkenntnisse aus dieser Diskussion münden in eine vorläufige Ereignistypologie (Kapitel 2.4).

Das dritte Kapitel legt auf Basis einer umfangreichen Recherche die empirische Datenlage zu Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege) dar (Kapitel 3.1). Als Datenquellen dienen Täter- und Opferbefragungen, in denen Personen über ihre Erlebnisse Auskunft geben. Dadurch lassen sich insbesondere Vorfälle aufdecken, die im sogenannten *Dunkelfeld* jenseits der Anzeigen bei den Strafbehörden liegen. Auf dieser Basis werden zunächst internationale wie nationale Studien vorgestellt, die Gewaltvorkommnisse gegen ältere Menschen analysieren. Bei diesen Untersuchungen bleibt der Gesundheitsstatus des Opfers in der Regel jedoch unberücksichtigt (Kapitel 3.1.1). Im Anschluss wird deshalb eine weitere Eingrenzung vorgenommen. Aufmerksamkeit gilt nun weltweiten Forschungsprojekten, die sich explizit mit Misshandlungen und Vernachlässigungen gegen ältere Menschen im Kontext häuslicher Pflege auseinandersetzen (Kapitel 3.1.2).

Nachdem das Ausmaß und die Erscheinungsformen von innerfamiliären Gewalterfahrungen veranschaulicht worden sind, stellt Kapitel 3.2 dar, unter welchen Risikofaktoren und Bedingungskonstellationen die Wahrscheinlichkeit der Opferwerdung älterer Menschen steigt. Die unterschiedlichen theoretischen Modelle zur Erklärung von Gewalt sind Gegenstand von Kapitel 3.3. Am Ende steht eine kritische Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen (Kapitel 3.4). Sie dient einerseits dem Zweck, eine angemessene Einordnung zwischen den extremen öffentlichen Meinungsbildern (Dramatisierung und Verharmlosung) von Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen vorzunehmen. Andererseits identifiziert die Zusammenfassung bestehende Forschungslücken, aus denen sich die zentralen Fragen und Hypothesen dieser Arbeit ableiten.

Die Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand (Kapitel 3) hat gezeigt, dass die Analyse von Beziehungsmerkmalen zwischen den Generationen ein fruchtbarer Zugang ist, um das Themenfeld häuslicher Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen in den Blick zu nehmen. Im Zentrum des vierten Kapitels steht daher – unter Verwendung soziologischer Familientheorien – die Bearbeitung folgender Fragen: Was zeichnet das Verhältnis (erwachsener) Kinder zu ihren (alten) Eltern aus? Gibt es allgemeine Prinzipien, welche die Beziehung zwischen den Generationen beschreiben? Welche Rolle spielen neben solidarischen Gefühlen auch bestimmte Verpflichtungen, Konflikte oder Widersprüche für die Bindung zwischen den Generationen?

Zahlreiche Studien illustrieren, dass die Ausgestaltung von Generationenbeziehungen bezüglich ihrer Intensität und Qualität erheblich variieren kann. Einerseits zeichnen sich Generationenbeziehungen durch die wechselseitige Unterstützung ihrer Mitglieder aus, andererseits können auch Spannungen und Konflikte das Verhältnis zueinander prägen (Kapitel 4.1). Angesichts dieser Dualität im familialen Miteinander der Generationen weist der Soziologe LÜSCHER (2005, 2002, 2000) darauf hin, dass diese in ihrer Eigenständigkeit betrachtet werden müssen. Er führt das Konzept der Ambivalenz in die Diskussion ein (Kapitel 4.2). Dieser Ansatz bildet den konzeptionellen Rahmen der vorliegenden Studie (Kapitel 4.3). Ein solcher Zugang ist bislang selten gewählt worden. Um jedoch die Pflegesituation im häuslichen Umfeld zu verbessern, müssen gerade die Beziehungsgeflechte und Motivlagen analysiert werden.

Im fünften Kapitel werden aus dem aktuellen Forschungsstand und der theoretischen Einbettung die zentralen Fragen und Hypothesen der vorliegenden Arbeit abgeleitet. Die Forschungsfragen suchen Erkenntnisse zum *Erscheinungsbild von Gewalt* (Wie stellen sich Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit dar?), zu den *Risikofaktoren* (Unter welchen Bedingungskonstellationen sind Gewaltanwendungen in der familialen, häuslichen Pflege älterer Menschen wahrscheinlich?) und zu den *familialen Beziehungsmerkmalen* (Inwieweit wird die aktuelle Pflegebeziehung von der Qualität der familiären Beziehungsgeschichte bestimmt?).

Dem dringenden Forschungsbedarf im Hinblick auf Gefährdungslagen und Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen stehen außerordentliche methodische Schwierigkeiten gegenüber. Einerseits betrifft das deren Erreichbarkeit und Befragbarkeit. Andererseits ist es möglich, dass Gewaltopfer sowie Gewaltausübende den Missbrauch wegen der „besonderen Gefühlsdynamik in vielen ‚Täter‘-, ‚Opfer‘ Beziehungen“ (HÖRL 2003:

279) selbst gar nicht wahrnehmen. Im Gegensatz zu Kindern, die üblicherweise im Kindergarten oder in der Schule ins öffentliche Blickfeld geraten, kann der Missbrauch alter Menschen, die zum Teil zurückgezogen, isoliert und ohne Einbindung in soziale Netzwerke leben, jahrelang unentdeckt bleiben (vgl. GELLES 1997: 114). Sollte eine Tat dennoch aufgedeckt werden, kommt es nur in wenigen Fällen zu einer Anzeige und nur ausnahmsweise zu einer Verurteilung (vgl. HÖRL 2003: 279).

Es erscheint deshalb notwendig, sich dem Forschungsgegenstand mithilfe verschiedener Erhebungsinstrumente anzunähern. Im Kern des sechsten Kapitels steht die Darstellung der konkreten methodischen Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit. Grundsätzliche Gedanken zum *Mixed-Methods-Ansatz* enthält Kapitel 6.1. Auf eine kurze Begründung des sowohl qualitativen als auch quantitativen Zugangs zum Forschungsthema folgen ausführliche Beschreibungen der ausgewählten Methoden. Der Aufbau der jeweiligen Kapitel ist an den Forschungsprozess angelehnt.

Zuerst wird die *qualitative Interviewstudie* vorgestellt (Kapitel 6.2). Den Auftakt geben das problemzentrierte Interview sowie die einzelnen Erhebungsinstrumente (Kapitel 6.2.1). Zur Auswertung der empirischen Daten dient die qualitative Inhaltsanalyse, die in ihren Grundzügen in Kapitel 6.2.4 erläutert wird. Davor erfolgt die Erörterung des Feldzugangs (Kapitel 6.2.2) und die Beschreibung der Stichprobe (Kapitel 6.2.3). Im Anschluss konzentrieren sich die Ausführungen auf die *quantitative Fragebogenstudie* (Kapitel 6.3). Am Beginn steht die Entwicklung eines geeigneten Instrumentes für die schriftliche Befragung (Kapitel 6.3.1). Anschließend werden Details zur Durchführung der Fragebogenstudie vorgestellt (Kapitel 6.3.2). Die darauffolgenden Erläuterungen thematisieren die Zusammensetzung der Stichprobe (vgl. 6.3.3) sowie die Auswertung der erhobenen Daten (Kapitel 6.3.4). Am Ende des Gesamtkapitels steht eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte zum methodischen Vorgehen (Kapitel 6.4). Eine vollständige Übersicht aller eingesetzten Instrumente (Fragebögen, Sozialdatenbögen, Interviewleitfäden etc.) enthält der Anhang.

Das siebte Kapitel präsentiert die Resultate der Fragebogenstudie. Dem gehen die Beschreibungen der vier Pflegegruppen voran (Kapitel 7.1). Dabei werden für jede Gruppe die soziodemografischen Merkmale und Besonderheiten herausgearbeitet (Kapitel 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4). In einem Zwischenfazit werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Grundgesamtheit familial Pflegenden festgehalten (Kapitel 7.1.5). Im weiteren Verlauf geht es darum, das *Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen* genauer zu bestimmen. Es wird zunächst dargestellt, ob und wenn ja, wie häufig in den letzten 12 Monaten problematische Verhaltensweisen von pflegenden Angehörigen gegenüber pflegebedürftigen

Personen vorgekommen sind (Kapitel 7.2). Das sich anschließende Kapitel 7.3 identifiziert *Risikofaktoren* in der häuslichen Versorgung alter Menschen. Mithilfe regressionsanalytischer Verfahren werden mögliche Zusammenhänge zwischen diversen unabhängigen Variablen und Formen gewalttätiger Handlungen und Vernachlässigungen geprüft. Einen besonderen Stellenwert nehmen *familiale Beziehungsmerkmale* ein (Kapitel 7.4). Denn die aktuellen Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Beziehungsgeschichte einen Einfluss auf Gewaltverkommenisse ausübt.

Zum Abschluss des siebten Kapitels werden die Ergebnisse der quantitativen Fragebogenstudie kurz zusammengefasst (Kapitel 7.5). Daraus lässt sich ableiten, welche Konsequenzen für die qualitative Interviewstudie zu ziehen sind. Eine ausführliche Zusammenfassung und Diskussion findet sich in Kapitel 9.1.

Das achte Kapitel legt die Resultate der Interviewstudie vor, in deren Zentrum zehn Pflegearrangements zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern stehen. Diese werden zu Beginn in Form von Kurzportraits vorgestellt (Kapitel 8.1). Im darauffolgenden Kapitel (Kapitel 8.2) wird der Blick auf die einzelnen Familien zugunsten einer fallübergreifenden Perspektive verlassen. Näher beleuchtet werden in dieser Studie drei Aspekte. Dies sind zunächst die Motive der erwachsenen Kinder, die Pflege der alten Eltern zu übernehmen (Kapitel 8.2.1). Sodann werden die beidseitigen Belastungserlebnisse ergründet (Kapitel 8.2.2), denn die Ergebnisse der Fragebogenstudie werden zeigen, dass subjektive Belastungen einen Effekt auf bedeutsames Problemverhalten haben. Zum Ende des Kapitels wird aufgezeigt, wie die Pflegebeziehung rückblickend bilanziert wird (Kapitel 8.2.3). Dieses Vorgehen dient dem Zweck, den Blick auf einzelne Familiensettings zu schärfen.

Im weiteren Verlauf des Kapitels verengt sich der Fokus auf die qualitativen Aspekte von Familienbeziehungen. Nunmehr werden die Auswirkungen von Pflegesituationen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern und dabei im Besonderen die Rolle von Ambivalenzen in Bezug auf gewalttätige Handlungen und Vernachlässigungen in drei Teilschritten anhand des empirischen Materials analysiert.

In einem ersten Schritt wird untersucht, ob und welche Ambivalenzerfahrungen seitens der Interviewten angesprochen werden. Dabei muss beachtet werden, dass Ambivalenzen latent oder manifest auftreten können. Von den bewusst wahrgenommenen Alltagserfahrungen, die in ein Gefühl des Hin- und Hergerissen seins münden, sind unbewusste Formen, die allein über vertiefende wissenschaftliche Analysen zugänglich sind, zu unterscheiden (Kapitel 8.3). In einem zweiten Schritt stellt sich die Frage, wie die Familien mit diesen

Ambivalenzerfahrungen umgehen. Kristallisieren sich in Anlehnung an LÜSCHERS (2005, 2002, 2000) Modell bestimmte familiäre Beziehungstypen heraus (Kapitel 8.4)? Schließlich richtet sich in einem dritten Analyseschritt der Blick auf Gewalterfahrungen. Hier gilt zu fragen, bei welchen Familien der Umgang mit ambivalenten Erfahrungen zu gewalttätigen Handlungen bzw. Vernachlässigungen in der Pflege führt (Kapitel 8.5).

Im Ausblick der Arbeit (Kapitel 9) werden die Resultate der quantitativen Fragenbogenstudie und der qualitativen Interviewstudie ausführlich zusammengefasst und einer kritischen Diskussion unterzogen (Kapitel 9.1). Ebenfalls im letzten Teil gilt es, die praktische Relevanz der Ergebnisse zu demonstrieren (Kapitel 9.2). Insbesondere wird auf die Bedeutung der Pflegeberatung nach § 37 Abs. 3 SGB XI eingegangen. Dieser Beratungseinsatz ist das einzige, gesetzlich normierte Instrument, pflegebedürftige Menschen und ihre pflegenden Angehörigen regelmäßig in der Häuslichkeit aufzusuchen. Eine große Chance, frühzeitig problematische Beziehungskonstellationen wahrzunehmen und die vielfältigen Angebote zur Entlastung aufzuzeigen.

1 Gesellschaftliche Relevanz von Alter, Pflege und Gewalt

Der demografische Wandel verändert das Zusammenleben.¹ Alternde Gesellschaften werden neue politische, soziale und wirtschaftliche Herausforderungen bestehen müssen (vgl. MOTEL-KLINGEBIEL 2006). Insbesondere das höhere Alter hat sich als eigenständiger Lebensabschnitt herausgebildet. Diese im Vergleich zur gesamten Lebensspanne immer länger werdende Phase kann schon heute einen zeitlichen Umfang von bis zu 40 Jahren umfassen. Ein Ausdruck dafür ist die ansteigende Zahl der 100-Jährigen in Deutschland. Sie hat sich zwischen 2000 und 2010, „laut Angaben der Human Mortality Database von 5.937 auf 13.198“ (JOPP, ROTT, BOERNER ET AL. 2013: 9), mehr als verdoppelt.

„Die Systeme der wohlfahrtsstaatlichen Alterssicherung und ein umfangreiches Dienstleistungsangebot für Ältere haben in der Vergangenheit dazu beigetragen, die materielle und gesundheitliche Situation im höheren Lebensalter einschneidend zu verbessern“ (DAATLAND, HERLOFSON & MOTEL-KLINGEBIEL 2002: 221). Damit bietet das Alter heute viele Möglichkeiten, sich aktiv einzubringen, sich zu engagieren und zu beteiligen. Die späten Lebensjahre sind aber auch durch gesundheitliche Einschränkungen geprägt.

Um die demografische Entwicklung der Alterspopulation und die Komplexität des Alternsprozesses detaillierter zu beschreiben, wird die Gesamtlebensspanne in ein *Drittes* und *Viertes Lebensalter* unterteilt (vgl. BALTES & SMITH 2002; LASLETT 1995). Doch worin liegt die Dichotomie zwischen jungen Alten und hochaltrigen Menschen begründet? Häufig beschreibt der Eintritt in den Ruhestand den Beginn des Dritten Lebensalters. Diese aus dem Erwerbsleben austretende Personengruppe der 60- bis 67-Jährigen ist gekennzeichnet durch:

„(...) eine allgemein gute Ausstattung mit gesundheitlichen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, noch kaum spürbaren altersbedingten Einschränkungen und verbunden mit neuen Möglichkeiten einer aktiven, selbstbestimmten und mitverantwortlichen Lebensgestaltung“ (BMFSFJ 2001: 66).

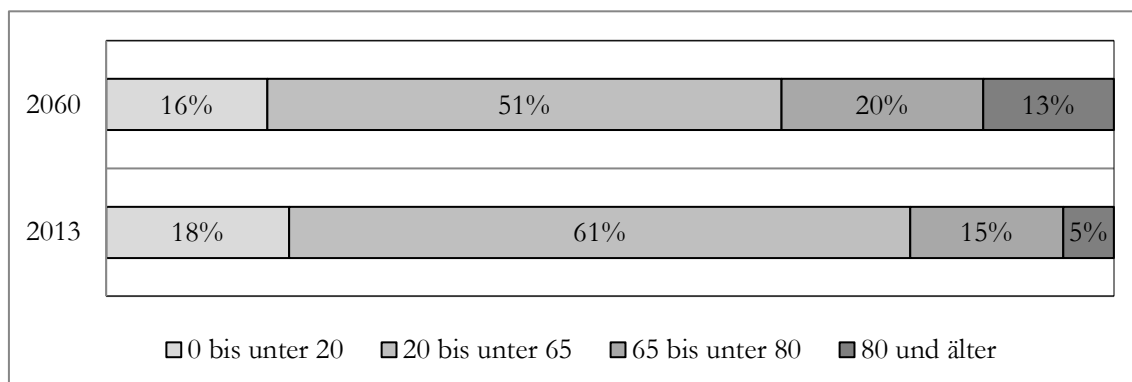
Das Vierte Lebensalter – verstanden etwa ab dem 80. Lebensjahr – ist vom wachsenden Risiko geprägt, von Multimorbidität, Demenz und Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. So berichten 41 % der männlichen und 54 % der weiblichen Bevölkerung über 85 Jahre, an mindestens fünf mittel- bis schwergradigen Krankheiten zu leiden (vgl. STEINHAGEN-THIESSEN & BORCHELT 1999). Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, bei der Bewältigung

¹ Die argumentativen Grundlinien des ersten Kapitels basieren auf zwei Publikationen, die in Zusammenarbeit mit Dr. Elke Hoffmann entstanden (vgl. HOFFMANN & NACHTMANN 2010; HOFFMANN & NACHTMANN 2007).

des Alltags auf die Hilfe und Unterstützung anderer angewiesen zu sein (vgl. HOFFMANN & NACHTMANN 2007).

Für die kommenden Jahrzehnte erwartet das STATISTISCHE BUNDESAMT (2015) einen raschen prozentualen Anstieg der ab 80-Jährigen. Im Jahr 2060 stellt diese Altersgruppe laut der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung statt bisher 5 % dann 13 % der Bevölkerung (ebd. S. 6).² Das entspricht zukünftig in etwa dem Anteil der unter 20-Jährigen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Bevölkerung nach Altersgruppen, in %



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES 2015: 19

In absoluten Zahlen ausgedrückt, bedeutet das eine Zunahme von 4.4 Millionen im Jahr 2013 auf rund 9 Millionen hochaltrige Menschen im Jahr 2060 (ebd. S. 6). Diese Gruppe stellt den am schnellsten wachsenden Teil der Bevölkerung dar. Ihren Höhepunkt erreicht diese Entwicklung durch den Eintritt der geburtenstarken Babyboomer-Generation (Geburtsjahrgänge: Mitte der 1950er bis Mitte der 1960er) ins hohe Alter (vgl. MENNING & HOFFMANN 2009).

Mit den Verschiebungen zwischen den Altersgruppen verändern sich zwangsläufig auch Generationenbeziehungen. So steht bspw. eine wachsende Anzahl pflegebedürftiger Menschen einer schrumpfenden Zahl von Pflegenden gegenüber. Auch bleibt abzuwarten, wie sich die Rolle der Familie als bislang wichtigste Versorgungsinstanz entwickeln wird.

² Die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des STATISTISCHEN BUNDESAMTES stützt sich auf acht Varianten und drei Modellrechnungen über „Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zum Saldo der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Deutschland“ (STATISTISCHES BUNDESAMT 2015: 13). Den hier berechneten Zahlen liegt die Variante mit der Bezeichnung G1-L1-W1 zugrunde. Dabei bleibt die Geburtenhäufigkeit bei 1.4 Kindern je Frau konstant. Die Lebenserwartung für im Jahr 2060 geborene Jungen steigt auf 84.8 Jahre und für neugeborene Mädchen auf 88.8 Jahre. Das jährliche Wanderungssaldo (Bilanz aus Zu- und Wegzug) wird auf 100.000 Personen geschätzt (ebd. S. 43).

Verschiedene Rahmenbedingungen beeinflussen, inwieweit die pflegerische Versorgung eines älteren Menschen durch einen Familienangehörigen auch in den kommenden Jahrzehnten geleistet werden kann. So wirken sich die abnehmende Geburtenrate, die Zunahme an Scheidungen, eine steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen am Arbeitsmarkt sowie regionale Mobilitätsbewegungen auf das Angebot an potentiellen familialen Pflegeressourcen aus (vgl. MEYER 2006). Die Autoren BLINKERT & KLIE (2004) prognostizieren in diesem Zusammenhang einen Rückgang des Unterstützungspotenziales um etwa 30 %. Damit steigen zukünftig die Anforderungen an alle Zweige des Sozialversicherungssystems (vgl. RÖTTGER-LIEPMANN 2007: 45).

1.1 Gesetzliche Regelung von Pflege in Deutschland

Zur sozialen und finanziellen Absicherung des gesundheitlichen Risikos Pflegebedürftigkeit wurde die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) als „fünfte Säule der umlagefinanzierten Sozialversicherung“ (KLIE 2012: 148) nach mehr als zwanzigjähriger Diskussion 1994 beschlossen. Die erste Stufe, die Leistungen zur häuslichen Pflege, auch ambulante Pflege genannt, wurde 1995 eingeführt. Es folgte 1996 eine zweite Stufe für die Pflege in vollstationären Einrichtungen.

Träger sind bei den Krankenkassen angesiedelte Pflegekassen. Dort müssen zunächst Betroffene oder Angehörige einen Antrag³ auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz stellen. Im Anschluss prüfen Fachärztinnen, Fachärzte und Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), ob die Voraussetzungen der sozialrechtlich definierten Pflegebedürftigkeit erfüllt sind. Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) bezeichnet jene Personen als pflegebedürftig, die:

„(...) wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Bislang fallen darunter vor allem Einschränkungen in den Bereichen Hygiene, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung (vgl. KUHLMAY 2002: 297). Derzeit gibt es in der Pflegeversicherung drei Pflegestufen, die sowohl für die ambulante als auch stationäre

³ Als Voraussetzung für die Antragstellung gilt die Erfüllung von bestimmten Vorversicherungszeiten. So muss in der zurückliegenden Dekade vor Einreichung des Antrages eine mindestens fünfjährige Einzahlung in die Gesetzliche Pflegeversicherung erfolgt sein (vgl. PASLACK 2008: 48).

Versorgung gelten: erheblich Pflegebedürftige (Pflegestufe I), Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) und Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III). Die Kriterien zur Abgrenzung der Stufen richten sich vor allem nach der Häufigkeit und Dauer notwendiger Hilfen. Den Zugang zur niedrigsten Pflegestufe I erhalten jene:

„(...) Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“ (§ 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI).

Voraussetzungen für Pflegestufe II liegen vor, wenn die Hilfe mindestens dreimal am Tag zu unterschiedlichen Tageszeiten benötigt wird. Schließlich wird die Pflegestufe III vergeben, wenn Menschen ganztägig Unterstützung benötigen. Zusätzlich muss für die Anerkennung der letzten beiden Stufen mehrmals wöchentlich ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung vorliegen (vgl. § 15 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB XI). Betroffene, die in der Häuslichkeit versorgt werden, können wählen zwischen der Pflege durch eine zu bestimmende Laienpflegekraft (Pflegegeld), der Pflege durch eine professionelle Pflegekraft (Sachleistungen) oder einer Kombination beider Leistungsarten.

Höhe der Leistungsansprüche

Seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes hat es zahlreiche Novellierungen gegeben. Zu den Neuerungen, die das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008, das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG) von 2013 und das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) von 2015 mit sich brachten, gehören wohnortnahe Beratungsstellen, sogenannte Pflegestützpunkte, die Stärkung ambulanter Wohngruppen, verbesserte Leistungen für Demenzkranke, die Flexibilisierung von ambulanten Pflegeleistungen sowie der Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für alle pflegebedürftigen Menschen. Weitere Änderungen betreffen u. a. das neue Wahlrecht zwischen Leistungskomplexen und/oder Zeitkontingenten (vgl. § 89 SGB XI), die staatliche Förderung privater Pflegezusatzversicherungen, die finanzielle Entlastung pflegender Angehöriger bei der Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die Pflicht der Pflegekassen, innerhalb von 14 Tagen nach Eingang des Erstantrags ihren Versicherten einen Beratungstermin anzubieten.

Die nachstehende Tabelle 1 weist die Höhe der Leistungsansprüche, die als einkommensunabhängige Festbeträge ausgezahlt werden, differenziert nach Pflegestufen und Art der Versorgung aus. Demgemäß beruht die Konzeption der Pflegeversicherung, im Vergleich zu anderen Zweigen der Sozialversicherung, auf dem Prinzip eines Teilkaskoschutzes (vgl. BUTTERWEGGE 2005: 153). Über Leistungsgrenzen hinausgehende Kosten (u. a.

Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten) müssen privat oder im Bedürftigkeitsfall von den örtlichen Trägern der Sozialhilfe⁴ finanziert werden (vgl. STRÜNCK 2000: 62).

Tabelle 1: Leistungsansprüche in der Pflegeversicherung nach Pflegestufen und Versorgungsart im Jahr 2015

	<i>Vollstationäre Pflege</i>	<i>Pflegesachleistungen</i>	<i>Pflegegeld (Geldleistungen)</i>
erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (Pflegestufe 0)	/	231 Euro	123 Euro
erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I)	1.064 Euro	468 Euro 689 Euro ¹	244 Euro 316 Euro ¹
schwer pflegebedürftig (Pflegestufe II)	1.330 Euro	1.144 Euro 1.298 Euro ¹	458 Euro 545 Euro ¹
schwerstpflegebedürftig in Härtefällen (Pflegestufe III)	1.612 Euro 1.995 Euro	1.612 Euro 1.995 Euro	728 Euro /

Quelle: § 36 Abs. 3, § 37 Abs. 1 und § 43 Abs. 2 SGB XI (¹Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz haben Anspruch auf erhöhte Leistungen.)

Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege

Als Baustein zur Entlastung können nahe Angehörige kurzfristig vom Arbeitgeber freigestellt werden (maximal zehn Tage). So kann die Pflege organisiert und sichergestellt werden. Zudem steht es pflegenden Angehörigen frei, für die Dauer von bis zu sechs Monaten, ihre Erwerbstätigkeit vollständig oder teilweise auszusetzen (vgl. MÖWISCH, RUSER & VON SCHWANENFLÜGEL 2008). Sowohl für die kurzzeitige als auch für die länger andauernde Auszeit besteht laut Pflegezeitgesetz Kündigungsschutz (vgl. § 5 PflegeZG).

Seit 1. Januar 2012 gibt es zudem die sogenannte Familienpflegezeit (FpfZG), die im Kern die Vereinbarkeit von Beruf und familiärer Pflege verbessern soll (vgl. § 1 FpfZG). Dahinter verbirgt sich die Option, über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren reduziert zu arbeiten und dennoch 75 % des Einkommens zu beziehen. Im Anschluss müssen diese Arbeitsstunden, bei gleichbleibendem Gehalt, nachgeholt werden. Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden bis zum Stichtag 28. Januar 2013 insgesamt 147 Anträge gestellt (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2013: 2). Um die Inanspruchnahme zu erhöhen, wurden zum 1. Januar 2015 Anpassungen vorgenommen u. a. der Anspruch auf ein zinsloses Darlehen.

⁴ Nach Kapitel 7 SGB XII können Menschen mit niedrigem Einkommen und Vermögen ergänzend *Hilfe zur Pflege* (§§ 61 bis 66) beantragen. Im Verlauf des Jahres 2009 empfingen rund 392.000 Personen Leistungen der *Hilfe zur Pflege*, die deshalb mit knapp 15 % (3.3 Mrd. Bruttoausgaben) zu einem der stärksten Ausgabensektoren aller Sozialhilfesaufwendungen gehört (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2012: 8). Dabei wurde knapp drei von vier Leistungsberechtigten (73 %) die *Hilfe zur Pflege* ausschließlich in Einrichtungen gewährt. Das verbleibende Viertel erhielt Hilfen ausschließlich außerhalb von Einrichtungen (ebd. S. 9).

Kritiker des Familienpflegezeitgesetzes geben u. a. zu bedenken, dass die Pflegedauer kaum kalkulierbar ist und folglich der rechtliche Rahmen von zwei Jahren als zu kurz erscheint (vgl. DEUTSCHER BUNDESTAG 2011). MÜLLER, UNGER & ROTHGANG (2010) konnten jedoch bei der Analyse von Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) nachweisen, dass bei der Mehrheit der Versicherten (50 % der Frauen und 61 % der Männer) innerhalb von zwei Jahren die häusliche Pflege durch Tod oder Umzug in eine vollstationäre Einrichtung endet. Ein Großteil pflegender Angehöriger würde also von der Familienpflegezeit profitieren.

1.2 Epidemiologie von Pflegebedürftigkeit

Im Dezember 2013 bezogen in Deutschland 2.6 Millionen Menschen Leistungen der sozialen Pflegeversicherung bzw. der privaten Pflegepflichtversicherung.⁵ Das entspricht im Vergleich zu 1999 einer Zunahme der Leistungsberechtigten um 610.000 bzw. 30.3 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b: 7).⁶ Der Anteil aller pflegebedürftigen Menschen an der Gesamtbevölkerung ist im 14-jährigen Erhebungszeitraum von 2.5 % auf 3.3 % gestiegen (ebd. S. 9). Die Ursache hierfür ist die zunehmende Alterung unserer Gesellschaft (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2010: 21).

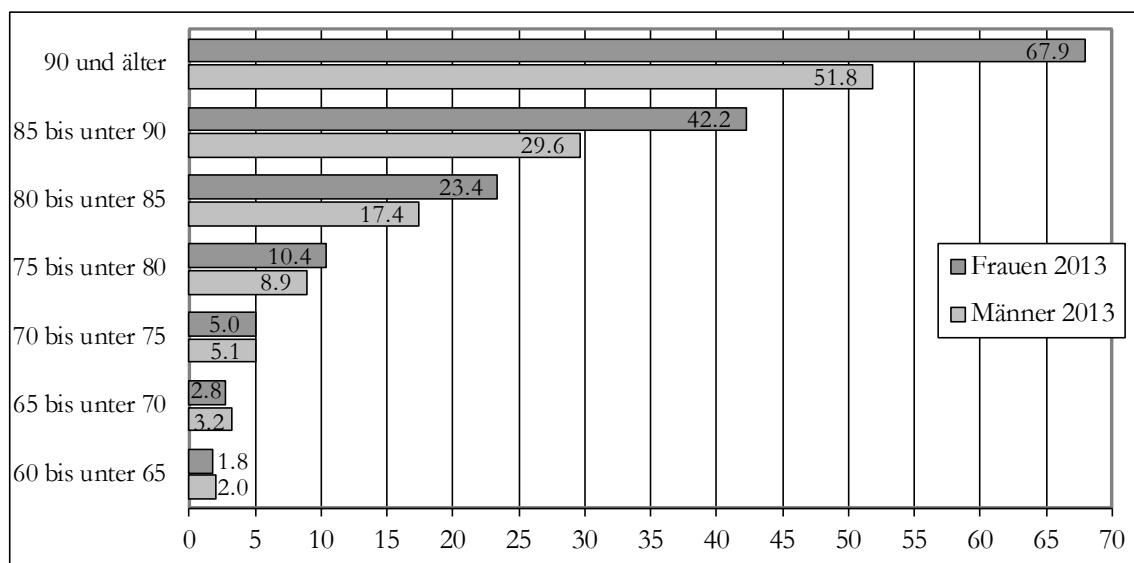
Obwohl sich Pflegebedürftigkeit nicht allein auf die Altenbevölkerung beschränkt, steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, auf Hilfe und Unterstützung angewiesen zu sein, deutlich an. So haben 83 % der Pflegebedürftigen das 65. Lebensjahr und 37 % bereits das 85. Lebensjahr erreicht oder überschritten (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b: 7).

⁵ Rechtliche Grundlage der alle zwei Jahre durchgeführten Bundesstatistik ist das Pflegeversicherungsgesetz (vgl. § 109 Abs. 1 SGB XI) in Verbindung mit der Pflegestatistik-Verordnung (PflegeStatV) vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282). Der Entwurf zur Änderung der Pflegestatistik-Verordnung sieht vor, ab 2013 zusätzliche Merkmale zu erheben. Dazu gehören das Alter und die Ausbildung der Fachkräfte in der Pflege, der Wohnort der Leistungsberechtigten sowie Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz entsprechend der Kriterien nach § 45a Abs. 2 SGB XI. Das wird die Qualität und Aussagekraft der Pflegestatistik deutlich verbessern, insbesondere im Hinblick auf eine sozialräumliche, kommunale Pflegeplanung.

⁶ Neben den Leistungsberechtigten nach SGB XI gibt es den Personenkreis *hilfebedürftiger Menschen*. Ein Anhaltspunkt für den quantitativen Umfang dieser Gruppe bieten die Veröffentlichungen des Medizinischen Dienstes zur Pflegebegutachtung. Im Berichtszeitraum 2011 wurden unter allen Erstantragstellern von ambulanten bzw. stationären Leistungen 34.3 % bzw. 16.3 % als *nicht pflegebedürftig* eingestuft (vgl. MDS 2012: 12-13). Ihr Hilfebedarf liegt entweder unter 90 Minuten am Tag oder beschränkt sich auf den hauswirtschaftlichen Bereich. SCHNEEKLOTH & WAHL (2008: 227) schätzen, dass im ambulanten Bereich rund drei Millionen hilfebedürftige Menschen leben.

Werden pflegebedürftige Menschen nach Altersgruppen und Geschlecht separat betrachtet, so zeigen sich für 2013, wie auch in den Jahren zuvor, beträchtliche Differenzen. In der Altersgruppe 70 bis unter 75 Jahre beträgt der Anteil an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe für beide Geschlechter rund 5 %. In den weiteren Lebensjahren unterscheiden sich Frauen und Männer bezüglich des Bedarfs an Pflege deutlich voneinander. So erreichen Frauen zwischen dem 80. und 84. Lebensjahr eine Prävalenz⁷ von rund 23 %, die in den darauffolgenden fünf Lebensjahren auf 42 % ansteigt. Den höchsten Pflegebedarf haben Frauen, die 90 Jahre und älter sind. Hochaltrige Männer weisen im Gegensatz dazu deutlich geringere Pflegequoten auf (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Pflegeprävalenzen nach Altersgruppen und Geschlecht 2013, in %



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 2015b: 9

Diese Zahlen lassen die Bedeutung sowohl des Alters als auch des Geschlechts als wichtige und dominante Strukturmerkmale des Pflegerisikos erkennen. Beiden Geschlechtern ist gemein, dass sie etwa ab dem 80. Lebensjahr erhebliche pflegebezogene Einschnitte in ihrer Lebensqualität erfahren. Unterschiede ergeben sich jedoch bezüglich des Ausmaßes und Umfangs von Pflegebedürftigkeit. Frauen im *Vierten Lebensalter* sind sehr viel stärker und länger betroffen, dies liegt auch an ihrer höheren Lebenserwartung.

Weitere Ursachen für die unterschiedlich ausgeprägten Pflegeprävalenzen liegen u. a. in den geschlechtsspezifischen Gesundheitskonditionen und Krankheitsbildern älterer Menschen (vgl. MURTAGH & HUBERT 2004; VERBRUGGE 1982). Die Daten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) zeigen, dass

⁷ Unter Prävalenz bzw. Pflegequote wird der Anteil von pflegebedürftigen Menschen je 100 Personen gleichen Alters verstanden.

sich die häufigsten, pflegebegründenden Erkrankungen von Frauen auf drei bis vier Diagnosegruppen verteilen (vgl. MDS 2003). Sie leiden vielfach an Erkrankungen, die nicht unmittelbar zum Tode führen, jedoch eine selbständige Lebensführung nachhaltig einschränken und einen langandauernden Bedarf an pflegerischer Versorgung auslösen (bspw. kognitive Einschränkungen oder Stürze und deren Mobilitätsbeeinträchtigungen). Indes zeichnet sich bei den Männern, zumindest bis zum 80. Lebensjahr, eine Dominanz der Kreislauferkrankungen ab, welche ein erhöhtes Sterberisiko in sich bergen. Diese sind nach wie vor die häufigste Todesursache (ebd. S. 31-35).

Auch ein geschlechtsspezifisches Inanspruchnahmeverhalten bei der Beantragung einer Pflegestufe könnte die divergierenden Pflegequoten verständlicher machen. Bei Frauen ist im Falle eines eintretenden Bedarfes an Hilfe und Pflege ein Rückgriff auf Kompensationsmöglichkeiten im häuslichen Umfeld deutlich reduziert, im Gegensatz zu Männern, die häufig von ihrer Frau oder Partnerin versorgt werden. Das zieht zunächst bei Männern den Verzicht auf Leistungen gemäß dem Pflegeversicherungsgesetz nach sich (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2015b: 8). Zudem weisen die Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS)⁸ nach, dass Frauen nicht-ärztliche, gesundheitsbezogene Dienstleistungen insgesamt stärker in Anspruch nehmen als Männer (vgl. WURM & TESCH-RÖMER 2006).

1.3 Inanspruchnahme von Versorgungsarten

Hinsichtlich der Art der Versorgung haben von Pflegebedürftigkeit Betroffene die Wahl zwischen einer häuslichen Betreuung mit oder ohne Unterstützung eines ambulanten Dienstes oder der Versorgung in einer vollstationären Einrichtung.

Die Zahlen des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2015b) zeigen für das Jahr 2013 bezüglich der Versorgungsart folgendes Bild: Mit 1.86 Millionen Menschen werden sieben von zehn (70.9 %) Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Davon werden 1.25 Millionen allein durch Familienangehörige oder andere Privatpersonen unterstützt. Die verbleibenden 616.000 pflegebedürftigen Menschen leben ebenfalls in Privathaushalten. Ihre Versorgung wird jedoch zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste organisiert (ebd. S. 7). Der Anteil der Pflegestufe I liegt bei den zu Hause versorgten Personen mit

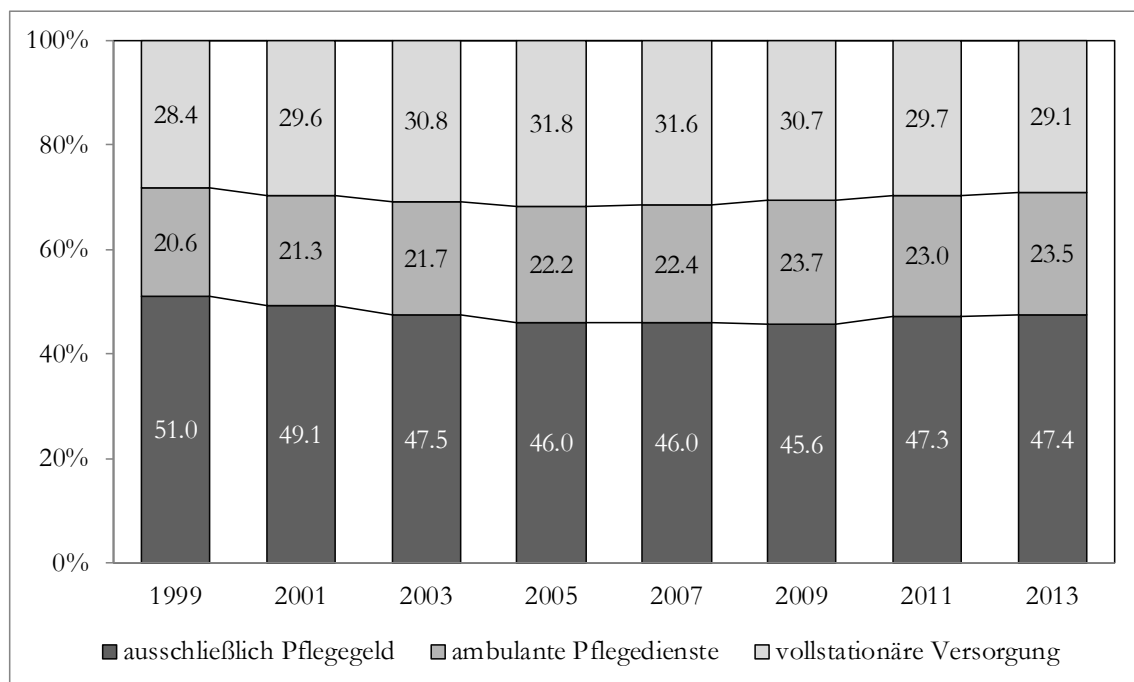
⁸ DEAS ist eine Repräsentativbefragung von Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter (40- bis 85-Jährige), welche die Themenfelder gesellschaftliche Partizipation und nachberufliche Aktivitäten, Wohnverhältnisse und finanzielle Situation, soziale sowie familiäre Kontakte aber auch Gesundheit, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit untersucht. Nach den ersten drei Erhebungen 1996, 2002 und 2008 analysiert das Deutsche Zentrum für Altersfragen derzeit die Daten der vierten Welle aus dem Jahr 2011.

63.1 % am höchsten. Rund 28.7 % entfallen auf die Pflegestufe II und 8.2 % auf Pflegestufe III (ebd. S. 7). Insgesamt ist die hohe ambulante Quote Ausdruck der Priorität *ambulant vor stationär* (vgl. § 3 SGB XI).

Vollstationäre Leistungen, d. h. eine Betreuung in Pflegeeinrichtungen nehmen drei von zehn (29.1 %) Pflegebedürftigen in Anspruch. Hierbei sind 38.1 % der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegestufe I, 39.6 % in Pflegestufe II und 20.6 % in Pflegestufe III eingruppiert. Bei 1.8 % fand bisher keine Zuordnung statt (ebd. S. 9).

In den vergangenen 14 Jahren verringerte sich der Anteil von Empfängerinnen und Empfängern reiner Geldleistungen um rund 4 % (vgl. Abbildung 3). Gleichzeitig stieg die Nachfrage nach professioneller Hilfe durch ambulante Pflegedienste bzw. stationäre Pflegeeinrichtungen. Diese Entwicklung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem wachsenden Durchschnittsalter pflegebedürftiger Menschen und dem damit verbundenen Anstieg des Bedarfs an intensiven Unterstützungsleistungen.

Abbildung 3: Pflegebedürftige Menschen nach Versorgungsart, 1999 bis 2013, in %



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des STATISTISCHEN BUNDESAMTES (2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2013, 2015b)

Außerdem steigt seit 1999 in vollstationären Einrichtungen kontinuierlich der Anteil von pflegebedürftigen Personen mit Pflegestufe I an: von 30.8 % (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMTES 2001: 16) auf 38.1 % im Jahr 2013 (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMTES 2015b: 22). Eine Ursache hierfür könnte in den sinkenden Unterstützungs- und Versorgungsmöglichkeiten im persönlichen häuslichen Umfeld liegen, welche die Betroffenen oft zur Aufgabe einer autonomen Lebensführung im Privathaushalt zwingen. Möglicherweise

spielt auch die zunehmende Berücksichtigung von dementiell Erkrankten bei der Begutachtung von Anträgen für eine Pflegestufe eine Rolle. Hier gilt zu bedenken: Auch, wenn eine Eingruppierung in Pflegestufe I erfolgt, kann der Betreuungsbedarf dieses Personenkreises so hoch sein, dass die Notwendigkeit eines Umzugs in eine stationäre Einrichtung besteht.

1.4 Charakteristik häuslicher Pflegearrangements

Anhand des bisher ausgeführten Datenmaterials ist sehr deutlich zu erkennen, dass die Betreuung pflegebedürftiger Menschen in der Familie – gegebenenfalls unterstützt durch einen ambulanten Dienst – die dominierende Versorgungsform in Deutschland darstellt. Häuslich-private Altenpflegearrangements können im doppelten Sinne als „verschwiegene Leistungsbasis“ (ZEMAN 2000) der Pflegeversicherung bezeichnen werden:

„Einerseits schultern [sie] die Last der Pflege fast immer im Verborgenen und ohne von sich reden zu machen, andererseits wird ihre Leistung von der Gesellschaft kaum beachtet, wenn doch, so nimmt man sie hin, als sei sie der Rede nicht wert“ (ZEMAN 2002: 153).

Angesichts der demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft gilt die mögliche Pflege in der Partnerschaft oder eines Elternteils zunehmend als „erwartbarer Regelfall des Familienzyklus“ (BMFSFJ 2002: 194). Das tatsächliche Eintreten einer solchen Pflegesituation ist indes mit weitreichenden Konsequenzen für die Beziehungsgestaltung, aber auch für die Bewältigung des Alltagslebens verbunden (vgl. LETTKE 2002: 72). In den verschiedenen Lebensbereichen, z. B. Berufstätigkeit, Freizeitgestaltung, soziale Kontakte oder die familiären Beziehungen, treten für die Beteiligten Veränderungen ein. Beide Seiten haben zudem unterschiedliche Bedürfnisse, die es in Einklang zu bringen gilt. Hinzu kommt, dass die Pflegebeziehung über einen langen Zeitraum andauern kann und mehrheitlich keine Verbesserung der gesundheitlichen Umstände zu erwarten ist (ebd. S. 73).

In diesem Kontext sind vielfältige Herausforderungen zu meistern. Die verlängerte, gemeinsame Lebenszeit birgt auch Risiken und Konfliktpotenziale, die in gewalttätige Handlungen bzw. Vernachlässigungen münden können. Insbesondere:

„Wenn die Familie als Institution für Pflege und Fürsorge weiterhin bedenkenlos ausgebeutet wird, werden unweigerlich unerwünschte Nebenfolgen im Sinne von Gewaltphänomenen oder auch vermehrte Auseinanderbrechungen auftreten“ (HÖRL & SPANNRING 2001: 339).

Wissenschaftliche Studien, die die Situation pflegender Angehöriger in den Mittelpunkt ihrer Forschungstätigkeit rücken, werden seit etwa 20 Jahren durchgeführt, wobei zu Beginn amerikanische Untersuchungen überwiegen (vgl. WAHL & SCHNEEKLOTH 2008: 40).

SCHULZ & BEACH (1999) weisen im Rahmen der *Caregiver Health Effects Study* bereits Ende der 1990er Jahre nach, dass Pflegende gegenüber vergleichbaren Personen ohne Pflegeaufgaben von einer deutlich erhöhten Mortalität betroffen sind.

In Deutschland setzen sich diverse Arbeiten sehr präzise mit der Situation ambulanter Pflegearrangements auseinander. Zwei von ihnen gehören zur mehrjährigen Studienreihe *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung* (vgl. SCHNEEKLOTH & POTTHOFF 1993; SCHNEEKLOTH & WAHL 2008b). Zwei weitere untersuchen die *Wirkungen der Pflegeversicherung und des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes* (vgl. SCHNEEKLOTH & MÜLLER 2000; BMG 2011). Die Daten dieser Repräsentativbefragungen belegen eine deutliche Dominanz von Frauen in der häuslichen Pflege (vgl. Tabelle 2). Mit einem Anteil von 72 % tragen sie die Hauptlast der pflegerischen Versorgung eines Angehörigen, mit dem sie überwiegend den Haushalt teilen.

In der Tendenz ist eine Zunahme pflegender Männer zu beobachten. Von 1991 bis 2010 stieg ihr Anteil an allen Hauptpflegepersonen um 11 %. Insbesondere Söhne erbringen immer häufiger Unterstützungsleistungen.⁹ Ebenso ist ein Anstieg von Pflegenden zu verzeichnen, die in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis zur pflegebedürftigen Person stehen. Mit diesen Trends unterstreichen häusliche Pflegearrangements ihre Fähigkeit, auf die Anforderungen des demografischen Wandels flexibel zu reagieren.

Ein Blick auf das Alter der Pflegepersonen verrät, dass mittlerweile jede(r) Dritte das 65. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Demnach wird sowohl zwischen Generationen als auch innerhalb derselben Generation gepflegt, d. h. Menschen im *Dritten Lebensalter* unterstützen ihre pflegebedürftige (Ehe-)Partnerin bzw. ihren pflegebedürftigen (Ehe-)Partner oder die hochaltrigen Eltern. Dabei steht die überwiegende Mehrzahl aller Hauptpflegepersonen dem unterstützungsbedürftigen Angehörigen rund um die Uhr zur Verfügung (64 %). Etwa ein weiteres Viertel gibt an, täglich stundenweise zu helfen (vgl. SCHNEEKLOTH 2008: 79). Die europäische Studie EUROFAMCARE kommt zu vergleichbaren Ergebnissen (vgl. DÖHNER, KOHFAHL, LÜDECKE ET AL. 2008). Angehörige der deutschen Untersuchungsgruppe wendeten durchschnittlich 39 Stunden pro Woche für die Betreuung auf.

⁹ Schwiegersöhne existieren als pflegende Angehörige praktisch nicht. Ein traditionelles Verständnis von Familienpflege, persönliche Lebensumstände oder die Verfügbarkeit externer Ressourcen könnten hierfür verantwortlich sein (vgl. SOWARKA, AU & FLASCHA 2004).

Tabelle 2: Ausgewählte Merkmale privat Pflegender in Deutschland im Zeitvergleich, in %

<i>Ausgewählte Merkmale</i>	<i>1991</i>	<i>1998</i>	<i>2002</i>	<i>2010</i>
<i>Geschlecht</i>				
Weiblich	83	80	73	72
Männlich	17	20	27	28
<i>Alter</i>				
Unter 55 Jahre	45	43	37	39
55-64 Jahre	26	25	27	26
65-79 Jahre	25	27	26	24
80 Jahre und älter	3	5	7	9
<i>Verwandtschaftsgrad der Pflegeperson</i>				
(Ehe-)Partnerin bzw. (Ehe-)Partner	37	32	28	34
Mutter/Vater	14/0	11/2	12/1	10/1
Tochter/Sohn	26/3	23/5	26/10	26/10
Schwiegertochter	9	10	6	8
Sonstige Verwandte	6	10	7	4
Freunde, Nachbarn, Bekannte	4	7	8	6
<i>Wohnort</i>				
Gleicher Haushalt	–	73	62	66
Getrennter Haushalt	–	27	–	34

Quelle: SCHNEEKLOTH 2008: 76-77, BMG 2011: 27, Auszüge aus den Originaltabellen, („–“ Es liegen für den Untersuchungszeitraum keine Angaben vor.)

Dieser hohe zeitliche Aufwand wirkt sich nicht selten auf die Gesundheit, das subjektive Wohlbefinden und die Lebensqualität privat Pflegender aus. Zahlreiche Forschungsarbeiten haben diesen Zusammenhang dokumentiert und Belastungsfaktoren bzw. Belastungserfahrungen im Kontext familialer Altenfürsorge intensiv beleuchtet (vgl. PINQUART & SÖRENSEN 2005; SCHMIDT & GRÄSSEL 2012; ZANK, SCHACKE & LEIPOLD 2007).¹⁰ Als besonders gravierend werden u. a. die ständige Verfügbarkeit der eigenen Person, die Inflexibilität der eigenen Zeitplanung sowie Schlafdefizite empfunden (vgl. SALOMON 2005). Eine Analyse von HALSIG (1995) zeigt, dass die Pflegekonstellation Frauen, die Frauen pflegen (in der Regel (Schwieger-)Mütter) die stärksten Belastungen hervorruft.

Insgesamt wird Pflegenden im Gegensatz zu Menschen, die keiner Pflegetätigkeit nachgehen, ein schlechterer Gesundheitszustand attestiert (vgl. SCHULZE & DREWES

¹⁰ Den aufgeführten Studien liegen verschiedenste psychologische Stress-Modelle zugrunde, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann.

2004). Sie leiden laut einer Analyse der SIEMENS-BETRIEBSKRANKENKASSE (2011) häufiger an einer Depression oder chronischen Erkrankung und suchen öfter eine Arztpraxis auf.

Auch auf beruflicher Ebene haben Pflegende im erwerbsfähigen Alter bei der Übernahme pflegerischer Verantwortung mit einschneidenden Konsequenzen zu rechnen. So geben einige ihre Tätigkeit gänzlich auf (10 %) oder müssen diese zumindest einschränken (11 %). Für gut die Hälfte von ihnen gilt jedoch, dass sie bereits vor Beginn der Pflege keiner Erwerbstätigkeit nachgingen (vgl. SCHNEEKLOTH 2008: 79). Mit Blick in die Zukunft bleibt abzuwarten, wie sich die bereits angesprochenen Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beschäftigung und Angehörigenpflege auswirken werden.

1.5 Zusammenfassung

Die dargelegten demografischen Veränderungen werden sich auf viele Bereiche des täglichen Lebens auswirken – insbesondere die medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen. Dabei besteht die zukünftige Herausforderung in einem positiven Umgang mit dem Thema Alter(n), damit dieses weder als persönliche Bedrohung noch kollektive Belastung wahrgenommen wird (vgl. ABLEU Nr. C 44/24 v. 16.2.2008). Trotz dieses Appells betont der Europäische Wirtschafts- und Sozialausschuss zugleich, dass die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung mit negativen Erfahrungen Älterer nicht vernachlässigt werden darf. Dazu zählt das lange tabuisierte Thema *Opferwerdung älterer Menschen in der häuslichen Pflege*. Wohlwissend, dass die Mehrheit pflegebedürftiger Menschen eine fürsorgliche Unterstützung erfährt, braucht es eine breite, (fach-)öffentliche Diskussion um Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen. Vor diesem Hintergrund setzt sich die vorliegende Arbeit mit dem Erscheinungsbild von Gewalt sowie den Risikofaktoren in der häuslichen Pflege älterer Menschen auseinander.

Bevor das dritte Kapitel die nationalen und internationalen Forschungsbemühungen zu diesem Themenkomplex beleuchtet, nimmt das zweite Kapitel eine Reihe begrifflicher Ein- und Abgrenzungen vor: Welche Handlungen oder Unterlassungen sollen unter das Gesamtkonstrukt Gewalt gefasst werden? Und was ist gemeint, wenn Menschen äußern, Gewalt auszuüben oder zu erleiden?

2 Begriffliche Ein- und Abgrenzung von Gewalt

Dieses Kapitel beginnt mit einer kurzen Einführung in die Vielschichtigkeit des Begriffes Gewalt und seine (umgangssprachliche) Verwendung in unterschiedlichsten Kontexten. Nach der gebotenen Unterscheidung zwischen struktureller, kultureller und personaler Gewalt (Kapitel 2.1, 2.2 und 2.3) wird jeweils der Bogen zum Forschungsgegenstand gespannt. *Gewalt gegen alte Menschen in der Pflege* (englisch: elder abuse in long-term care) wird in der Forschung gemeinhin vor dem Hintergrund des übergeordneten Themenfeldes *Gewalt gegen alte Menschen* (englisch: elder abuse) diskutiert (vgl. BONILLO, HEIDENBLUT, PHILIPPMETZEN ET AL. 2013: 24), weshalb es im Weiteren viele thematische Überschneidungen gibt.

Soviel sei vorweggenommen: Wegen der unscharfen Grenzen zu verwandten Konzepten wie Aggression, Missbrauch, Zwang, Macht oder Herrschaft wird eine klare Begriffsbestimmung ausbleiben müssen (vgl. KUHLMANN & NAEGELE 2008: 182). Außerdem leiden begriffliche Ein- und Abgrenzungen unter dem Grundproblem, „völlig unterschiedliche Lebenssituationen, denen Missbrauchs-Potential innewohnt“ (HÖRL 2003: 276) zu betrachten.

Um dem Argument der Pauschalisierung und fehlenden Differenzierung entgegen zu wirken, wird im Verlauf dieses Kapitels der Blick immer weiter verengt: von einer allgemeinen Begriffsbestimmung hin zu den Charakteristika von Gewalt gegen alte Menschen in der Pflege. Ein solcher kursorischer Überblick über die aktuelle Diskussion trägt zur Entwicklung einer Arbeitsdefinition bei und mündet schließlich in eine vorläufige Ereignistypologie (Kapitel 2.4).¹¹

Allgemeine Begriffsbestimmung

Etymologisch geht der Begriff *Gewalt* auf die indogermanische Wurzel *val* zurück, welche für Kraft, Stärke und Macht steht. Im althochdeutschen Wort *waltan* wurde die spezifische Fähigkeit eines Herrschenden zum Ausdruck gebracht, Macht auszuüben, Handlungen durchzuführen und bei Ungehorsam zu bestrafen (vgl. KAPPELLA & CIZEK 2001: 16; WAHL 2009: 11). Heute findet sich dieser Ursprung u. a. in der Phrase *Sorgfalt walten lassen* oder dem Begriff *Verwaltung* wieder. Der sprachliche Bezug auf behördliche Einrichtungen wiederum

¹¹ Dieser Schritt ermöglicht im empirischen Teil der Arbeit die Subsumption der beschriebenen Verhaltensweisen unter die Voraussetzungen jener Ereignistypologie.

verdeutlicht die Besonderheit des deutschsprachigen Wortes Gewalt. Denn die sich im internationalen Vergleich durchsetzende Unterscheidung zwischen einerseits *direkter persönlicher Gewalt* (englisch: violence) und andererseits *legitimer institutioneller Gewalt* (englisch: power) vollzog sich hierzulande nicht (vgl. IMBUSCH 2002: 28-29).

2.1 Strukturelle Gewalt

Anfang der 1970er Jahre stößt das Thema Gewalt auf ein zunehmendes öffentliches Interesse. Unter den Anhängerinnen und Anhängern der 1968er-Protestbewegung wird Gewalt als leidfördernder und lebensfeindlicher Faktor menschlicher Selbstentfaltung entdeckt, der den gegebenen gesellschaftlichen Strukturen, bspw. den Einrichtungen des Erziehungswesens, der Psychiatrie oder des Strafvollzugs, innewohnt (vgl. DEIMLING 1997: 27). Der norwegische Friedensforscher GALTUNG fasst 1975 diesen Ansatz als *strukturelle Gewalt* zusammen. Seine inzwischen klassische Definition lautet:

„Strukturelle Gewalt ist die vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was potentiell möglich ist“ (GALTUNG 1975: 12).

Nach seinem Verständnis handelt es sich bei allen objektiv vermeidbaren Missständen und Formen sozialer Ungleichheit, wie z. B. einem geringen Bildungsstand, unterschiedlichen Vermögensverhältnissen, Mangelernährung oder einer niedrigen Lebenserwartung, um strukturelle Gewalt. Als Gewalt ausübend werden nicht Personen, sondern vorherrschende systemische Strukturen identifiziert.

Strukturelle Gewalt in der Pflege älterer Menschen

Trotz der sehr komplexen und schwer fassbaren Bestimmung des Begriffs versucht der Gerontopsychiater HIRSCH (1997, 2000), den Begriff zu operationalisieren¹² und auf den Bereich Gewalt gegen alte Menschen in der Pflege zu übertragen. Tabelle 3 illustriert eine Auswahl an institutionell genormten Abläufen in Einrichtungen der Altenhilfe.

Wegen des breiten Anwendungsbereiches gerät der Begriff strukturelle Gewalt allerdings immer wieder in die Kritik. Letztlich, so der Vorwurf, lassen sich fast alle Faktoren, die einen Menschen an dessen Selbstverwirklichung hindern, dieser Begriffsbestimmung zuord-

¹² Unter Operationalisierung kann die Zuordnung von theoretischen Konstrukten zu beobachtbaren Sachverhalten und empirisch messbaren Variablen unter Angabe der verwendeten Regeln verstanden werden (vgl. KROMREY 2006).

nen. GALTUNG (1975) selbst räumt ein, strukturelle Gewalt könne dem Begriffspaar soziale Ungerechtigkeit gleichgesetzt werden. Im Ergebnis der fehlenden Schärfe und schwierigen Operationalisierung findet das Konzept der strukturellen Gewalt in der empirischen Konfliktforschung selten Anwendung.

Tabelle 3: Beispiele struktureller Gewalt im Kontext institutioneller Pflege

<i>STRUKTURELLE GEWALT</i>	
– Erzwungenes Leben im Heim wegen unzureichender regionaler Alternativen	– Einrichtungen, die Sicherheit vor Selbstbestimmung stellen
– unzureichende architektonische Gegebenheiten (z. B. lange Flure, schlechte Lichtverhältnisse, unübersichtliche Gestaltung der Wohnräume, Größe der Einrichtung)	– institutionell vorgegebene Tagesstrukturierung, die sich nicht an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert
– Mangel an Privatsphäre in Einrichtungen	– Erzwungenes Wohnen mit einer fremden Person im Doppelzimmer

Quelle: HIRSCH 2000: 11-12

2.2 Kulturelle Gewalt und Ageism

Das Phänomen des *Ageism*, das häufig mit dem Ansatz der *kulturellen Gewalt* bei GALTUNG (1993) in Verbindung gebracht wird, ist eine weitere Dimension des facettenreichen Begriffes Gewalt. Das aus dem Englischen abgeleitete Wort steht für die negative Wahrnehmung und die kollektive Voreingenommenheit gegenüber alten Menschen sowie die häufig damit verbundene Stigmatisierung der Betroffenen (vgl. BRAUER 2010; ILLHARDT 1995; ROTHERMUND & MAYER 2009):

„Age-ism describes the subjective experience implied in the popular notion of the generation gap. Prejudice of the middle-aged against the old in this instance, and against the young in others, is a serious national problem. Age-ism reflects a deep seated uneasiness on the part of the young and middle-aged – a personal revulsion to and distaste for growing old, disease, disability; and fear of powerlessness, “uselessness”, and death” (BUTLER 1969: 243).

GALTUNG versteht unter dem Begriffspaar alle Aspekte von Kultur, die der Legitimation von Gewalt dienen. Darunter zählen neben individuellen Normen und Wertvorstellungen auch gesamtgesellschaftliche Leitbilder. Sie alle produzieren ein soziales Klima, das seiner Meinung nach zur Entstehung von Gewalt beiträgt.

Auch der Sechste Altenbericht der Bundesregierung widmet sich dem nahe verwandten Thema *Altersbilder in der Gesellschaft*. Dabei untersucht die einberufene Sachverständigenkommission, wie ältere Menschen in den Bereichen Wirtschaft, Politik, Kultur sowie Familie

dargestellt werden und ob sich darin die Vielfalt heutiger Lebensformen widerspiegelt. Überdies leitet den Bericht die übergeordnete Frage, welchen Einfluss bestehende Altersbilder auf das Verhältnis zwischen den Generationen ausüben (vgl. BMFSFJ 2010).

Kulturelle Gewalt und Ageism in der Pflege älterer Menschen

Im Gesundheitswesen lassen sich vielfältige Beispiele für altersdiskriminierende Verhaltensweisen ausmachen. So werden notwendige präventive und kurative Pflege- und Gesundheitsleistungen für alte, pflegebedürftige Menschen abgelehnt – trotz des legitimen Anspruches bspw. auf geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen bei Stürzen oder auf psychotherapeutische Behandlungen gegen Depressionen (vgl. HIRSCH 2006: 55 ff.). Dahinter können sich altersfeindliche Bilder von Professionellen verbergen, die vermuten, dass sich Behandlungserfolge mit zunehmendem Alter minimieren oder bestimmte Krankheitsbilder schicksalhafte Begleiterscheinung der Lebensphase Alter sind.

Auch familial Pflegende sind in ihrem Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen nicht frei von stereotypen Denkweisen und altersfeindlichen Kommunikationsmustern:

„Sowohl die Vorstellungen vom eigenen Alter(n) als auch die Wahrnehmung des Gegenübers und die mit seiner Pflegebedürftigkeit vermuteten und zugeschriebenen Defizite, Kompetenzen sowie Rollenerwartungen prägen das kommunikative Handeln mit“ (BMFSFJ 2010: 345).

Im Interesse einer möglichst eindeutigen und transparenten Begrifflichkeit wird im Rahmen dieser Arbeit Gewalt ausschließlich als personales Handeln bzw. Unterlassen gefasst. Was genau darunter zu verstehen ist, zeigen die nachstehenden Ausführungen.

2.3 Personale Gewalt

Neben den theoretischen Ansätzen strukturelle bzw. kulturelle Gewalt differenziert die Gewaltforschung zwischen engeren und weiteren Interpretationen *personaler Gewalt*, also Gewalt in der Interaktion zwischen Individuen (vgl. BERGSTERMANN & CARELL 1998). Sehr restriktive Auslegungen erfassen hierunter allein Handlungen, die in eine körperliche Schädigung münden. Ein solches Verständnis liegt der Expertise der *Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt* (Gewaltkommission) zugrunde, die Gewalt „(...) als zielgerichtete, direkte physische Schädigung von Menschen durch Menschen“

(SCHWIND, BAUMANN, SCHNEIDER ET AL. 1990: 36) versteht.¹³ Dagegen berücksichtigen weiter gefasste Auslegungen auch Formen psychischer Schädigungen und sexuellen Missbrauchs.

Personale Gewalt in der Pflege älterer Menschen

Auch in der praktischen Alten- und Familienpflege, die durch Abhängigkeiten und ungleiche Machtverhältnisse geprägt ist, drängt sich immer wieder die Frage auf, ab wann eine Handlung oder das Unterlassen einer Handlung als gewalttätig einzustufen ist oder unter welchen Umständen eher von „familiären Spannungen und Konflikten“ (FUSSEK 1999: 46) gesprochen werden sollte. Pflegende müssen in diesem Kontext immerfort abwägen, ob sie ihrer Versorgungspflicht nachkommen oder die Autonomie des Pflegebedürftigen akzeptieren (vgl. GÖRGEN 2010). Wo lassen sich hier Grenzen ziehen? Darf ein Demenzerkrankter zu seinem eigenen Schutz eingesperrt werden? Dürfen völlig ermüdete Pflegepersonen die in ihrer Obhut befindlichen alten Menschen sedieren, ohne dass eine medizinische Notwendigkeit vorliegt, um selbst einmal wieder eine Nacht durchzuschlafen (vgl. BERGSTERMANN & CARELL 1998)?

Diese Fragen müssen verneint werden. Denn sowohl nach dem deutschen *Grundgesetz* (GG) als auch nach der *Charta der Grundrechte der Europäischen Union* (GRC) besitzt jeder Mensch, unabhängig von seiner geistigen und körperlichen Verfassung, das Recht auf Achtung seiner Würde (Art. 1 Abs. 1 GG, Art. 1 GRC), auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG, Art. 3 GRC) sowie das Recht auf ein würdiges und unabhängiges Leben sowie auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben (Art. 25 GRC) (vgl. AICHELE & SCHNEIDER 2006: 39; EUROPÄISCHE KOMMISSION 2008: 2). Ferner hält Artikel 2 der *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen* (Pflege-Charta) fest: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden“ (BMFSFJ & BMG 2010: 10). Das umfasst u. a. den Schutz vor körperlicher und seelischer Gewalt,

¹³ Unter dem Eindruck eines stetigen Anstieges von Gewaltvorkommnissen berief die Bundesregierung per Kabinettsbeschluss vom 18. Dezember 1987 die oben genannte Kommission ein. Die ihr angehörenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler u. a. aus Kriminologie, Psychologie, Soziologie, Polizei und Justiz wurden beauftragt, im Rahmen einer Sekundäranalyse die Ursachen von Gewalt in Schulen, der Familie, auf Straßen und Plätzen sowie im Bereich der politisch motivierten Gewalt zu identifizieren (vgl. SCHWIND 1998: 813-815).

sexuellen Übergriffen, vor entwürdigendem Verhalten oder Vernachlässigungen (ebd. S. 10-11).¹⁴

Trotz zahlreicher Abgrenzungsversuche gibt es bis heute im internationalen Fachdiskurs zur Gewalt gegen ältere Menschen keine einheitliche, verbindliche Begriffsbestimmung (vgl. GÖRGEN 2010). Eine weithin favorisierte und häufig verwendete Definition entwickelt 1993 die gemeinnützige, britische Organisation *Action on Elder Abuse* (AEA). Nachträglich haben das *International Network for the Prevention of Elder Abuse* (INPEA), die *World Health Organization* (WHO) sowie die *United Nations* (UN) den Vorschlag übernommen (vgl. DAICHMAN, AGUAS & SPENCER 2010: 310):

„Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person“ (Action on Elder Abuse 1995).

Im Abschlussbericht des Projektes *Monitoring in Long-Term Care – Pilot Project on Elder Abuse* (MILCEA)¹⁵ findet sich dafür die folgende deutsche Übersetzung:

„Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“ (MDS 2012b: 11).

Nach diesem Verständnis werden sowohl Formen *aktiven Tuns* als auch Formen des *Unterlassens* von adäquaten Verhaltensweisen berücksichtigt. Im Unterschied zur einschlägigen nationalen, gerontologischen Forschung (vgl. DIECK 1987) wird zudem ein *Vertrauensverhältnis* zum Opfer vorausgesetzt (vgl. MDS 2012b: 11). Damit rücken als Täterin bzw. Täter nahestehende Personen wie Familienmitglieder oder Nachbarn in den Fokus (vgl. BONILLO, HEIDENBLUT, PHILIPP-METZEN ET AL. 2013: 25), die die Pflege oftmals übernehmen.

¹⁴ Die Pflege-Charta geht auf den Runden Tisch Pflege zurück, den das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit im Jahr 2003 ins Leben gerufen hat. Der Runde Tisch zielt darauf ab, Wege einer humanen Pflege und hohen Versorgungsqualität aufzuzeigen, die sich am hilfe- und pflegebedürftigen Menschen orientieren. Damit sollen die Rechte von Verbraucherinnen und Verbrauchern gestärkt werden (vgl. SULMANN 2011: 39). Die Pflege-Charta ist mittlerweile in zahlreiche landesrechtliche Regelungen eingeflossen (bspw. Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Thüringen). Sie nimmt dort den Stellenwert eines Leitbildes ein.

¹⁵ Am länderübergreifenden Projekt MILCEA (Forschungszeitraum 2009 bis 2011), das die Europäische Kommission mit Fördermitteln unterstützte, sind die Niederlande, Luxemburg, Österreich und Spanien beteiligt. Dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. obliegt die Projektkoordination. Ziel des Projektes ist es, mittels eines Monitoring-Systems Gewalt in der Langzeitpflege systematisch zu erfassen (vgl. MDS 2012b).

In der angloamerikanischen Literatur wird häufig von *domestic violence* gesprochen; in der deutschen Übersetzung von *häuslicher Gewalt* (synonym dazu: *Gewalt im sozialen Nahraum*). Dabei konzentriert sich das Wortpaar weniger auf die räumliche Verortung von Gewaltverkommenissen, sondern vielmehr auf die möglichen Beziehungskonstellationen u. a. Gewalt in Partnerschaften, gegen Kinder oder eben alte Menschen (vgl. LÖBMANN & HERBERS 2005: 5).

Zielführender als die bereits zitierten, sehr breiten und lehrformelhaften Definitionen erscheint nach HÖRL (2003) die Benennung unterschiedlicher Dimensionen, wo und in welcher Gestalt das Phänomen Gewalt auftreten kann. Doch auch hier besteht unter den Forschenden kein Konsens darüber, welche Dimensionen in eine Übersicht aufzunehmen sind und welche es auszuschließen gilt (vgl. SCHEMPP, BRUCKER, KIMMEL 2012: 19 ff.). Gleichwohl stimmen eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren (vgl. COOPER, SELWOOD, BLANCHARD ET AL. 2009; LACHS & PILLEMER 2004; PEREL-LEVIN 2008) darin überein, mindestens fünf Typen von personaler Gewalt gegen ältere Menschen zu differenzieren (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Erscheinungsformen von personaler Gewalt gegen ältere Menschen

<i>TYPEN VON GEWALT</i>	<i>CHARAKTERISTIK</i>	<i>BEISPIELE</i>
<i>Körperliche Gewalt</i> (englisch: physical abuse)	Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen	Schläge, Fixierungen, Zwang zur Nahrungsaufnahme
<i>Psychische / emotionale Gewalt</i> (englisch: psychological / emotional abuse)	Zufügen von seelischen Qualen	Beschimpfung, Beleidigung, Androhen von Heimunterbringung, demütigende Aussagen
<i>Finanzielle Ausbeutung</i> (englisch: financial exploitation)	Illegale oder unsachgemäße Ausbeutung und/oder Nutzung von Mitteln und Ressourcen	Diebstahl, Unterschlagung, erzwungene Übertragung von Vermögen oder Eigentum
<i>Sexuelle Gewalt</i> (englisch: sexual abuse)	Nicht einvernehmlicher sexueller Kontakt jeglicher Art mit einer älteren Person	erzwungener Sexualkontakt und Berührungen
<i>Vernachlässigung</i> (englisch: neglect)	Bewusste oder unbewusste Weigerung einer Pflegeperson, die Bedürfnisse zum Wohlbefinden eines älteren Menschen zu erfüllen	Versäumnis, ausreichend Nahrung, Kleidung, Unterkunft, medizinische Versorgung oder Hygiene zu bieten

Quelle: in Anlehnung an PEREL-LEVIN 2008: 6

BERGESTERMANN & CARELL (1998) unterstreichen, dass in der Praxis eher Mischformen von Gewaltkategorien anzutreffen sind und ältere Menschen in der Regel mehrere Formen von Misshandlungen erleiden.

Psychosoziale Vernachlässigung wird im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit zur Dimension der *psychischen bzw. emotionalen Gewalt* gezählt, da diese Form, bewusst eingesetzt, die seelische Gesundheit von älteren, pflegebedürftigen Menschen schwer verletzen kann. Hierzu gehören insbesondere die Isolation und das Alleinlassen älterer Menschen (vgl. HÖRL 2003: 277). Drastische Worte findet PET'ZOLD (1990), um die Folgen fehlender Ansprache, unterbundener Sozialkontakte und emotionsloser Versorgung plastisch zu beschreiben: „Entzug von Zuwendung und Gesprächen heißt, jemand auf Hungerration zu setzen, und zwar eine Hungerration, die so bestimmt ist, dass er nicht leben und nicht sterben kann [...]“ (ebd. S. 501).

Zusätzlich fasst das NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1999) auch das *Aussetzen bzw. Verlassen einer hilflosen Person* (englisch: abandonment) sowie die *Selbstvernachlässigung* (englisch: self-neglect) unter den Terminus der Gewalt gegen ältere Menschen. Eine extreme Form der Selbstvernachlässigung ist das Diogenes-Syndrom, benannt nach einem griechischen Philosophen der Antike. Sie ist durch sozialen Rückzug, das Horten von Müll, den Mangel an Scham sowie die Ablehnung von Hilfen gekennzeichnet (vgl. AHMAD & LACHS 2002: 803). Ob es sich bei der Selbstvernachlässigung um eine Dimension von Gewalt handelt, ist in der Fachwelt umstritten. Im Ergebnisteil dieser Arbeit (Kapitel 7 und 8) wird das Phänomen ausgeklammert.

2.4 Eine vorläufige Ereignistypologie

Unbenommen der fünf unterschiedlichen Typen personaler Gewalt (vgl. Tabelle 4) sind nach GÖRGEN, HERBST, KOTLENGA ET AL. (2012: 26) zwei wesentliche Fragen bei der Einschätzung um Gewaltvorkommnisse in Pflegebeziehungen von Bedeutung.

- (1) Beabsichtigt eine Täterin bzw. ein Täter, die pflegebedürftige Person zu schädigen?
- (2) Wenn ja, ist die Intention der Täterin bzw. des Täters an eine spezifische Situation gebunden oder gibt es eine situationsübergreifende Absicht, die pflegebedürftige Person zu schädigen?

Aus diesen Fragen ergeben sich vier mögliche Typen einer Viktimisierung¹⁶ (vgl. Abbildung 4).

¹⁶ „Der Begriff Viktimologie (von lat. victima=Opfer) bezeichnet eine meist als Teilgebiet der Kriminologie verstandene wissenschaftliche Disziplin, in deren Zentrum Opfer von Straftaten stehen“ (GÖRGEN 2009: 236).

Abbildung 4: Ereignistypologie der Viktimisierung (Opferwerdung) von pflegebedürftigen Menschen

		Schädigungsintention?	
		-	+
situationsübergreifend?	-	Typus 1 Keine Schädigungsintention Misshandlung/Vernachlässigung gegenüber pflegebedürftigen Menschen situativ	Typus 3 Schädigungsintention liegt vor Misshandlung/Vernachlässigung gegenüber pflegebedürftigen Menschen situativ
	+	Typus 2 Keine Schädigungsintention Misshandlung/Vernachlässigung gegenüber pflegebedürftigen Menschen situationsübergreifend	Typus 4 Schädigungsintention liegt vor Misshandlung/Vernachlässigung gegenüber pflegebedürftigen Menschen situationsübergreifend

Quelle: in Anlehnung an GÖRGEN, HERBST, KOTLENGA ET AL. 2012: 28

In der häuslichen Pflege älterer Menschen gibt es zahlreiche situative (Typus 1) bzw. situationsübergreifende (Typus 2) Verhaltensmuster Pflegender ohne die Absicht, die pflegebedürftige Person zu verletzen oder auszubeuten. Dazu zählt die *unbewusste Vernachlässigung*, die in der Laienpflege gewiss weit verbreitet ist. Dabei fügt die Pflegeperson dem zu Pflegenden nicht absichtlich Schaden zu, sondern verkennt aus Unwissenheit oder Informationsmangel die präzise Bedarfslage des pflegebedürftigen Angehörigen. Im Einzelfall können sich hieraus, trotz fehlender Schädigungsintention, schwere körperliche Beeinträchtigungen für den pflegebedürftigen Menschen ergeben bspw. durch Druckgeschwüre. Dennoch ist in diesem Zusammenhang die Verwendung des Begriffes Gewalt nicht angebracht, denn ein die Handlung oder Unterlassung tragendes Motiv fehlt (ebd. S. 27). GÖRGEN, HERBST & RABOLD (2010: 59) schlagen vor, in diesen Fällen alternativ von *problematischem Verhalten* oder *kritischen Verhaltensweisen* zu sprechen.

Die WHO (2002) teilt diese Auffassung nicht. Die *Toronto Declaration on the Global Prevention on Elder Abuse* berücksichtigt auch Formen von „unintentional neglect“ (ebd. S. 3). Vor diesem Hintergrund werden auch unbewusste Vernachlässigungen als gewalttätig eingestuft. Aus Sicht der Autorin der vorliegenden Arbeit führt dieses Verständnis jedoch zu einer pauschalen Kriminalisierung von Pflegenden. Menschen, denen zumeist pflegerisches Fachwissen fehlt, in dieser Situation per se eine Form von Gewaltausübung zu unterstellen, ist nach Erachten der Autorin unangemessen, es bedarf vielmehr der Überprüfung des Einzelfalls.

Für Typus 3 und Typus 4 ist bezeichnend, dass im Moment des Handelns bzw. Unterlassens ein Schädigungsmotiv vorliegt. Das bedeutet, die pflegende Person verfolgt die Absicht, dem älteren, hilflosen Menschen körperliche bzw. seelische Schmerzen zu bereiten oder auf eine erkennbare Bedarfssituation des Pflegebedürftigen nicht zu reagieren. Dies kann sich darin äußern, dass nur unregelmäßig Mahlzeiten und Getränke gereicht oder Hygienemaßnahmen bzw. notwendige Medikamente verweigert werden.

Bei Typus 3 fokussiert sich dieses Verhalten bzw. Unterlassen auf ein abgrenzbares, meist konfliktives Ereignis. Schließlich ist bei Typus 4 eine weitere Zuspitzung auszumachen. Der Auslöser für ein schädigendes Verhalten bzw. Unterlassen ist nicht mehr an eine spezifische Situation gebunden, vielmehr liegt eine situationsübergreifende Intention vor, die pflegebedürftige Person auf physischer, psychischer, sexueller oder finanzieller Ebene zu beeinträchtigen (vgl. GÖRGEN, HERBST, KOTLENGA ET AL. 2012: 27).

Bleiben sowohl die Schädigungsintention als auch die situativen Rahmenbedingungen gänzlich im Dunkeln, wird im Ergebnisteil dieser Arbeit das Begriffspaar *unklare Viktimisierungen* verwendet.

2.5 Zusammenfassung

Das zweite Kapitel schließt mit der Erkenntnis, dass es für den Terminus Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen keine allgemeingültige oder einheitliche Bestimmung gibt, denn „jede Profession [hat] ihren eigenen Beurteilungszugang“ (DIECK 1997: 37). Allerdings legt die Literaturrecherche nahe, sich an einem mehrdimensionalen Begriff von Gewalt zu orientieren, der ausdrücklich über strafrechtliche Konzepte sowie das alltägliche Verständnis hinausgeht.

Vor diesem Hintergrund versteht die vorliegende Forschungsarbeit Gewalt als Verhaltensweise aktiven Tuns bzw. Unterlassens, durch welche einer älteren, pflegebedürftigen Person im Rahmen einer Vertrauensbeziehung absichtsvoll Schaden zugefügt wird. Dies findet im privaten, familiären Kontext statt.

Selbstverständlich sind auch pflegebedürftige Menschen in der Lage, Gewalt auszuüben. Dieser Gesichtspunkt ist allerdings in der vorliegenden Arbeit nicht zentral. Vielmehr liegt der Fokus auf Gewalt, die von pflegenden Angehörigen ausgeht. Insgesamt müssen folgende Merkmale zutreffen, um im empirischen Teil von Gewalt zu sprechen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Merkmale des verwendeten Gewaltbegriffes

<i>KATEGORIE</i>	<i>DIMENSION</i>	<i>KRITERIEN</i>	<i>DEFINITION</i>
WER?	Subjekte	Täterin bzw. Täter (die/der Pflegende)	Es existiert eine Täterin bzw. ein Täter, die/der ein Verhalten zeigt bzw. eine Handlung unterlässt.
WEM?	Objekte	Opfer (die/der zu Pflegende)	Das Opfer ist eine natürliche Person, die vom Handeln bzw. Unterlassen betroffen ist. Das Opfer hat dem Verhalten bzw. Unterlassen nicht zugestimmt. Die Tat wird gegen den Willen des Opfers ausgeübt.
WIE?	Formen der Gewaltausübung	Mittel	Es muss eine situative oder situationsübergreifende Handlung bzw. Unterlassung in Form von körperlicher Gewalt, emotionaler psychischer Gewalt, sexueller Gewalt, finanzieller Ausbeutung und/oder (bewusster) aktiver Vernachlässigung vorliegen.
WOZU?	Ziele und Motive	Absichten	Die Täterin bzw. der Täter beabsichtigt, das Opfer zu schädigen. Eine bloße Andeutung wie z. B. „Ich könnte meine Mutter Tag und Nacht anschreien“ reicht nicht aus. Die Handlung bzw. das Unterlassen ist dazu geeignet, das Opfer negativ zu beeinträchtigen.

Quelle: in Anlehnung an GÖRGEN 2010: 59; IMBUSCH 2002: 34 ff.

Nachdem dieses Kapitel zentrale Begrifflichkeiten behandelt hat, wird das folgende Kapitel diskutieren, warum es schwerfällt, fundierte Aussagen über das Ausmaß von Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege) zu treffen. Mit Blick auf die unterschiedlichen Studiendesigns, Erhebungsmethoden und Zeiträume werden nachfolgend die relevanten Erkenntnisse der sogenannten Dunkelfeldforschung präsentiert, Erklärungsansätze formuliert sowie Forschungslücken identifiziert.

3 Aktueller Stand der Forschung zu Gewalterfahrungen Älterer in der häuslichen Pflege

Das dritte Kapitel legt auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche¹⁷ die empirische Datenlage zu Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege) dar (Kapitel 3.1). Als Datenquellen dienen Täter- und Opferbefragungen (englisch: self-reports and victim surveys), in denen Personen über ihre Erlebnisse Auskunft geben. Dadurch lassen sich insbesondere Vorfälle aufdecken, die außerhalb von Anzeigen bei den Strafbehörden im sogenannten *Dunkelfeld* liegen. Auf dieser Basis werden zunächst internationale wie nationale Studien vorgestellt, die Gewaltvorkommnisse gegen ältere Menschen allgemein analysieren. Bei diesen Untersuchungen bleibt der Gesundheitsstatus des Opfers in der Regel unberücksichtigt (Kapitel 3.1.1).

Im Anschluss wird eine weitere Eingrenzung vorgenommen. Aufmerksamkeit gilt nun weltweiten Forschungsprojekten, die sich explizit mit Misshandlungen und Vernachlässigungen gegen ältere Menschen im Kontext häusliche Pflege auseinandersetzen (Kapitel 3.1.2). Untersuchungsergebnisse, die Gewalterfahrungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen thematisieren, werden hier nicht präsentiert. Der Grund dafür ist die inhaltliche Ausrichtung dieser Arbeit auf den ambulanten Sektor.

Nachdem das Ausmaß und die Erscheinungsformen von innerfamiliären Gewalterfahrungen veranschaulicht worden sind, stellt Kapitel 3.2 dar, unter welchen Risikofaktoren und Bedingungskonstellationen die Wahrscheinlichkeit der Opferwerdung älterer Menschen steigt. Die unterschiedlichen theoretischen Modelle zur Erklärung von Gewalt sind Gegenstand von Kapitel 3.3. Am Ende steht eine kritische Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen (Kapitel 3.4). Sie dient einerseits dem Zweck, eine angemessene Einordnung zwischen den extremen öffentlichen Meinungsbildern Dramatisierung und Verharmlosung von Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen vorzunehmen. Andererseits identifiziert die Zusammenfassung bestehende Forschungslücken, aus denen sich in Kapitel 5 die zentralen Fragen und Hypothesen dieser Arbeit ableiten.

¹⁷ Recherchiert wurde in den Online-Datenbanken der Staats- und Universitätsbibliothek Bremen (SuUB), der Staatsbibliothek zu Berlin - Preußischer Kulturbesitz (Stabikat), der National Library of Medicine (PUBMED) sowie des Deutschen Zentrums für Altersfragen (GeroLit) nach Artikeln, publiziert bis Oktober 2014. Folgende Schlüsselwörter (in deutscher und englischer Sprache) wurden bei der Suche eingesetzt: *Alter, Gewalt, Misshandlung, Vernachlässigung, Inzidenz, Prävalenz, häusliche Pflege*. Obendrein lieferten die Literaturangaben geleiteter Autorinnen und Autoren weiterführende Forschungsliteratur.

3.1 Empirische Datenlage zu Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege)

Gewalterfahrungen Älterer in der Familie finden seit den 1970er Jahren in nennenswertem Umfang Eingang in systematisch-wissenschaftliche Betrachtungen (vgl. ANETZBERGER 2012; FATTAH & SACCO 1989). Ausgangspunkt ist u. a. ein offener Brief von BURSTON (1975) an das British Medical Journal. In diesem macht er auf das Phänomen des „granny-battering“ (ebd. S. 592) aufmerksam, das mit „Oma verprügeln“ übersetzt werden kann.

In den Folgejahr(-zehnt)en wenden sich nach und nach die Bereiche Forschung, Politik und Praxis der Opfergruppe der Seniorinnen und Senioren zu. Als mögliche Ursache für die späte Thematisierung vermutet KREUZER (1997) negative Altersbilder in der Gesellschaft sowie die fehlende Lobby und die geringe Beschwerdemacht Älterer.

Historisch betrachtet, unterliegt das gesellschaftliche Ansehen älterer Menschen stetigem Wandel. Bis ins frühe 20. Jahrhundert wird das Alter zumeist mit Bürde, Verfall und Invalidität gleichgesetzt. Im Alltagsleben prägen über Epochen hinweg der soziale Status, das Geschlecht und das Vermögen der Älteren die Frage, welcher Umgang zwischen den Generationen gepflegt wird. Insbesondere der Mythos des solidarischen Miteinanders von Jung und Alt ist weit entfernt von der oftmals konfliktbesetzten Hofübergabe auf dem Lande (vgl. BORSCHIED 1994: 38 ff.).

3.1.1 Erscheinungsbild von Gewalt gegen alte Menschen

Internationale Studienergebnisse

Die erste Repräsentativerhebung zur Gewaltanwendung im häuslichen Bereich leiten die amerikanischen Wissenschaftler PILLEMER & FINKELHOR (1988). Die Ergebnisse dieser Prävalenzstudie¹⁸ basieren auf persönlichen und telefonischen Interviews mit 2.020 Einwohnerinnen und Einwohnern (ab 65 Jahren) des Großraumes Boston. Für die drei erfragten Verhaltensbereiche der verbalen Aggressionen, der Vernachlässigung sowie der körperlichen Gewalt ermitteln die beiden Autoren eine Gesamt-Prävalenzrate von 3.2 %. Die Zahl der jährlichen Opfer wird damit allein in den USA auf rund 700.000 bis 1.1 Millionen Menschen geschätzt. Als Gewaltausübende werden mehrheitlich Familienangehörige identifiziert (Ehepartnerin bzw. Ehepartner: 58 %, Kinder: 24 %). Jedoch eignen sich weder der soziale Status noch das Alter der Opfer als Viktimisierungsprädiktoren.

¹⁸ Das sind Untersuchungen, die das Vorkommen eines Ereignisses (hier Gewaltanwendungen) innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt erheben.

Eine jüngere Arbeit von ACIERNO, HERNANDEZ, AMSTADTER ET AL. (2010) konstatiert, dass in den Vereinigten Staaten 10 % der ab 60-Jährigen innerhalb eines Jahres emotionalen, physischen oder sexuellen Missbrauch oder Formen von Vernachlässigung erleiden.

Weitere Prävalenzstudien, die mit validen und reliablen Instrumenten arbeiten, liegen bspw. aus Kanada (vgl. PODNIEKS 1992), Großbritannien (vgl. BIGGS, MANTHORPE, TINKER ET AL. 2009), Irland (vgl. NAUGHTON, DRENNAN, LYONS ET AL. 2012), Finnland (vgl. KIVELÄ, KÖNGÄS-SAVIARO, KESTI ET AL. 1992), Holland (vgl. COMIJS, POT, SMIT ET AL. 1998), Spanien (vgl. MARMOLEJO 2008), Israel (vgl. LOWENSTEIN, ESIKOVITS, BAND-WINTERSTEIN ET AL. 2009), Indien (vgl. CHOKKANATHAN & LEE 2005) sowie Korea (vgl. OH, KIM, MARTINS ET AL. 2006) vor. Die einzelnen Forschungsergebnisse getrennt nach Land, Autorinnen bzw. Autoren, Einschlusskriterien, Größe der Stichprobe (N), Prävalenzzeitraum (Zeitraum) und Prävalenzraten werden in Tabelle 6 dargestellt. Diese Übersicht der relevanten Studien konzentriert sich entsprechend dem Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit auf ältere Menschen in Privathaushalten.

Mit Blick auf die ausgewählten nordamerikanischen, europäischen und asiatischen Studien fällt auf, dass die berechneten Prävalenzraten stark variieren. In Spanien liegt der Anteil an älteren, misshandelten Menschen bei 0.8 %; in Israel bei 18.4 %. Das sind enorme prozentuale Unterschiede. Für die verschiedenen Werte existieren laut systematischer Übersichtsarbeiten (vgl. COOPER, SELWOOD & LIVIGSTON 2008; DALY, MERCHANT & JOGERST 2011; WHO 2011), die im Übrigen zahlreiche weitere länderspezifische Prävalenzraten vorlegen, vielfältige Gründe. So werden in den einzelnen Studien verschiedene Altersgruppen befragt, heterogene Definitionen von Gewalt angewendet, als Gewaltausübende entweder allein Familien- und Haushaltsmitglieder oder aber beliebige Personen berücksichtigt und diverse Instrumente zum Messen von Gewalt eingesetzt.

Tabelle 6: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen (berichtet von älteren Menschen)

<i>LAND</i>	<i>AUTOREN</i>	<i>EINSCHLUSS- KRITERIEN</i>	<i>N</i>	<i>ZEIT- RAUM</i>	<i>Prävalenz- rate (gesamt)</i>	<i>Psychische Gewalt</i>	<i>Physische Gewalt</i>	<i>Finanzielle Gewalt</i>	<i>Sexuelle Ge- walt</i>	<i>Vernachläss- igung</i>
USA	PILLEMER ET AL. (1988)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten aus Boston	2.020	1 Jahr	3.2 %	1.1 %	2.0 %	k. A.	k. A.	0.4 %
USA	ACIERNO ET AL. (2010)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 60 Jahre in Privathaushalten	5.777	1 Jahr	10 %	4.6 %	1.6 %	5.2 %	0.6 %	5.1 %
Kanada	PODNIIEKS (1992)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten	2.008	1 Jahr	4 %	1.4 %	0.5 %	2.5 %	k. A.	0.4 %
Großbri- tannien	BIGGS ET AL. (2009)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 66 Jahre in Privathaushalten	2.111	1 Jahr	2.6 %	0.4 %	0.4 %	0.6 %	0.2 %	1.1 %
Irland	NAUGHTON ET AL. (2012)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten	2.021	1 Jahr	2.2 %	1.2 %	0.5 %	1.3 %	0.05 %	0.3 %
Finnland	KIVELÄ ET AL. (1992)	Menschen ab 65 Jahre in Privat- haushalten aus Ähtäri	1.022	Zeit nach dem Ruhe- stand	Frauen 8 % Männer 3.3 %	Frauen 49 % Männer 46 %	Frauen 18 % Männer 15 %	Frauen 9 % Männer 8 %	k. A. k. A.	Frauen 4 % Männer 0 %

Fortsetzung Tabelle 6: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen (berichtet von älteren Menschen)

<i>LAND</i>	<i>AUTOREN</i>	<i>EINSCHLUSS- KRITERIEN</i>	<i>N</i>	<i>ZEIT- RAUM</i>	<i>Prävalenz- rate (gesamt)</i>	<i>Psychische Gewalt</i>	<i>Physische Gewalt</i>	<i>Finanzielle Gewalt</i>	<i>Sexuelle Ge- walt</i>	<i>Vernachläss- igung</i>
Holland	COMIJS ET AL. (1998)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten aus Amsterdam	1.797	1 Jahr	5.6 %	3.2 %	1.2 %	1.4 %	k. A.	0.2 %
Spanien	MARMOLEJO (2008)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten	2.401	1 Jahr	0.8 %	0.3 %	0.2 %	0.2 %	0.1 %	0.3 %
Israel	LOWENSTEIN ET AL. (2009)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten	1.045	1 Jahr	18.4 %					
Indien	CHOK- KANATHAN ET AL. (2005)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten aus Chennai	400	1 Jahr	14 %	10.8 %	4.3 %	5 %	k. A.	4.3 %
Korea	OH ET AL. (2006)	Zufällig ausge- wählte Menschen ab 65 Jahre in Privathaushalten aus einem Stadt- teil in Seoul	15.230	1 Monat	6.3 %	emotional 4.2 %, ver- bal 3.6 %	1.9 %	4.1 %	k. A.	2.4 %

Quelle: Eigene Darstellung („k. A.“ Die Studien treffen dazu keine Aussage.)

Nationale Studienergebnisse

In Deutschland haben auf eine postalische Umfrage der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter *Handeln statt Misshandeln* (HsM) 459 ältere Menschen zwischen 58 und 94 Jahren geantwortet. Ca. 10 % berichten, in den letzten fünf Jahren innerfamiliäre Gewalt erlebt zu haben (mehrheitlich seelische Misshandlungen und finanzielle Schädigungen). Als unmittelbare Folgen solcher Gewalterfahrungen formulieren die Betroffenen das Nicht-Vergessen-Können der Tat, Ängste sowie Gefühle der Missachtung und Erniedrigung (vgl. HIRSCH & BRENDENBACH 1999).

Ebenfalls zur Verbesserung der Datenlage trägt die 1992 durchgeführte repräsentative Erhebung des Kriminologischen Forschungsinstitutes Niedersachsen (KFN) bei. Die umfassende Opferbefragung schließt 2.456 ab 60-Jährige ein. Es zeigt sich, dass im Laufe eines Jahres die Befragten zu 3.4 % von physischen Gewalthandlungen, zu 2.7 % von aktiver Vernachlässigung oder Medikamentenmissbrauch, zu 0.8 % von chronisch verbalen Aggressionen und zu 1.3 % von wirtschaftlicher Ausnutzung durch nahestehende Personen betroffen waren. Über alle Deliktarten hinweg ergibt sich eine Gesamt-Prävalenzrate von 6.6 % im Jahr 1991 (vgl. WETZELS & GREVE 1996: 1999).

Von 2004 bis 2008 schließt sich das Folgeprojekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* (KuGiLaM) an. Dem Kooperationsverbund der Studie gehören das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA) in Berlin, das Institut für Psychologie an der Universität Hildesheim, die Deutsche Hochschule der Polizei (DHPol) in Münster sowie Zoom e. V. in Göttingen an. Die Federführung liegt beim Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) in Hannover. Fördergeberin ist das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Im Vergleich zur ersten Erhebung gibt es zahlreiche neue sowohl methodische als auch inhaltliche Akzente (vgl. GÖRGEN, HERBST & RABOLD 2006). So erlaubt die Datenbasis von 1992 keine Aussagen über ältere, pflegebedürftige Menschen. Vor diesem Hintergrund wurde das ursprüngliche Forschungskonzept angepasst, was zu einer Zweiteilung des Studiendesigns geführt hat.

Im ersten Modul werden bundesweit 3.030 Männer und Frauen zwischen 40 und 85 Jahren¹⁹ zu *Viktimisierungsverfahren, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht im öffentlichen und privaten Raum* befragt (vgl. GÖRGEN, GREVE, TESCH-RÖMER ET AL. 2004). Insgesamt

¹⁹ Um die Vergleichbarkeit mit anderen Untersuchungen wie etwa dem Alterssurvey zu ermöglichen, werden Personen im mittleren Erwachsenenalter in die Stichprobe einbezogen. Die oberste Altersgrenze lässt sich wiederum damit begründen, dass der Personenkreis der ab 85-Jährigen eine sehr hohe Ausfallquote verursacht (vgl. KÜHN & PORST 1999).

sind demnach von den 60- bis 85-Jährigen rund ein Viertel verbal aggressiven Verhaltensweisen ausgesetzt (Frauen: 24.9 %, Männer: 26.3 %). Körperliche Angriffe durch nahestehende Personen erleben innerhalb eines Jahres deutlich weniger ältere Befragte (Frauen: 1.6 %, Männer: 1.3 %). Im Vergleich dazu liegen die Prävalenzraten im mittleren Erwachsenenalter (40 bis 59 Jahre) etwa doppelt so hoch. Doch trifft diese seltenere Viktimisierung auf alle älter werdenden Menschen zu?

Um diese Frage zu beantworten, greift das zweite Modul *Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege* ein gesellschaftlich hochrelevantes Thema auf. Es geht um Gewalterfahrungen älterer Menschen, welche von Familienmitgliedern bzw. professionellen Pflegediensten in der Häuslichkeit versorgt werden (vgl. GÖRGEN, HERBST, KOTLENGA ET AL. 2012: 7). Die Ergebnisse des zweiten Moduls sind u. a. Gegenstand des folgenden Kapitels 3.1.2.

3.1.2 Erscheinungsbild von Gewalt gegen alte Menschen in der häuslichen Pflege

Weitaus schwieriger zugänglich ist das Forschungsfeld Opferwerdung älterer Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen. Barrieren bestehen insbesondere darin, hochaltrige, pflegebedürftige Menschen im Rahmen von Befragungen zu erreichen (vgl. BONILLO, HEIDENBLUT, PHILIPP-METZEN ET AL. 2013: 28).

Die Forschung hat darauf reagiert und variantenreiche Zugänge zu den Forschungssubjekten entwickelt. Neben älteren, pflegebedürftigen Menschen selbst werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Sozialdienste, medizinisches Fachpersonal aus Krankenhäusern oder (pflegende) Angehörige befragt. Es ist zu vermuten, dass Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten und eine professionelle Ausbildung genossen haben, sensibler auf das Thema Gewalt in der häuslichen Pflege ältere Menschen reagieren. Bei dem Versuch, die Ergebnisse vergleichend zu interpretieren, ist daher Vorsicht geboten (vgl. HÖRL & SPANNRING 2001: 322). Vor diesem Hintergrund konzentrieren sich die nachfolgenden Ausführungen auf Forschungsarbeiten, die sich alle auf Aussagen von pflegenden Angehörigen stützen.

Internationale Studienergebnisse

In einer schwedischen Studie von GRAFSTRÖM, NORBERG & HAGBERG (1993) geben 474 Familienangehörige über Herausforderungen in der häuslichen Pflege Auskunft. Darunter befinden sich 219 Angehörige von kognitiv eingeschränkten Älteren. In dieser Gruppe äußern 12 % (26), ihren dementiell erkrankten Verwandten gegenüber verbale und körperliche Gewalt auszuüben.

Im Rahmen einer Untersuchung in den USA (vgl. PILLEMER & SUTOR 1992) wurden 236 Familienpflegende persönlich befragt. Es zeigt sich, dass 5.9 % (14) mit Gewalt auf ihren dementiell erkrankten Angehörigen reagieren. Weitere 13.6 % (32) Pflegende haben Angst davor, zukünftig Gewalt anzuwenden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen PAVEZA, COHEN, EISDORFER ET AL. (1992). Sie analysieren ebenso den Zusammenhang zwischen familialer Gewalt und der Diagnose Alzheimer. Hier berichten von den 184 pflegenden Angehörigen 5.4 %, gegenüber der pflegebedürftigen Person im Jahr der Diagnose gewalttätig gehandelt zu haben.

Auch in Großbritannien (vgl. HOMER & GILLEARD 1990; COONEY, HOWARD & LAWLOR 2006; COOPER, SELWOOD, BLANCHARD ET AL. 2009), Nordirland (vgl. COMPTON, FLANGAN & GREGG 1997), Holland (vgl. POT, VAN DYCK, JONKER ET AL. 1996), Spanien (vgl. MARMOLEJO 2008) und China (vgl. YAN & TANG 2004) beschäftigt man sich intensiv mit dem Themenfeld Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen Pflege. Die landesspezifischen Ergebnisse werden in Tabelle 7 vorgestellt.

Erneut fällt auf, dass die ausgewählten Studien zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Diesmal stehen sich die Werte allerdings noch extremer gegenüber. In Spanien liegt der Anteil an älteren, pflegebedürftigen und misshandelten Menschen bei 1.5 %; in Großbritannien bei erstaunlichen 52 %. Damit belegen die Studien zwar, dass Gewalt gegen ältere Menschen in der häuslichen Pflege ein Faktum ist. Die Dimension aber bleibt ungewiss. Sie hängt stark von der Operationalisierung des Gewaltbegriffes ab.

Desgleichen ist zu vermuten, dass für die Spannbreite an Ergebnissen nicht allein unterschiedliche, methodische Ansätze, sondern auch kulturelle Differenzen im Umgang mit älteren Menschen und „Faktoren wie Gesetzgebung und Organisation der Pflege“ (NORBERG & SAVEMAN 1996: 84) verantwortlich sind.

Tabelle 7: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen (berichtet von pflegenden Angehörigen)

<i>LAND</i>	<i>AUTOREN</i>	<i>EINSCHLUSS- KRITERIEN</i>	<i>N</i>	<i>ZEITRAUM</i>	<i>Prävalenz- rate (ge- samt)</i>	<i>Psychische Gewalt</i>	<i>Physische Gewalt</i>	<i>Finanzielle Gewalt</i>	<i>Sexuelle Gewalt</i>	<i>Vernachlässi- gung</i>
Schweden	GRAFSTRÖM ET AL. (1993)	Angehörige von kognitiv eingeschränkten Älteren	219	Unbekannt	12 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
USA	PILLEMER ET AL. (1992)	Pflegende Angehörige älterer Menschen mit der Diagnose Demenz, meist aus Kliniken in den USA	236	1 Jahr	5.9 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
USA	PAVEZA ET AL. (1992)	Pflegende Angehörige von Menschen mit der Diagnose Demenz (40 Jahre und älter)	184	Jahr seit der Diagnose	5.4 %	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Großbritannien	HOMER ET AL. (1990)	Angehörige von Pflegebedürftigen aus geriatrischen Krankenhäusern bzw. Tageskliniken in London	51	1 Jahr	45 %	41.2 %	13.7 %	k. A.	k. A.	11.8 %
Großbritannien	COONEY ET AL. (2006)	Pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenz-Diagnose (65 Jahre und älter)	82	1 Jahr	52 %	51 %	20 %	k. A.	k. A.	4 %
Großbritannien	COOPER ET AL. (2009)	Pflegende Angehörige älterer Menschen mit der Diagnose Demenz	220	1 Jahr	52 %	33 %	1.4 %	k. A.	k. A.	k. A.

Fortsetzung Tabelle 7: Ausgewählte Forschungsergebnisse zur Gewalt gegen ältere Menschen in häuslichen Pflegebeziehungen (berichtet von pflegenden Angehörigen)

<i>LAND</i>	<i>AUTOREN</i>	<i>EINSCHLUSS-KRITERIEN</i>	<i>N</i>	<i>ZEITRAUM</i>	<i>Prävalenzrate (gesamt)</i>	<i>Psychische Gewalt</i>	<i>Physische Gewalt</i>	<i>Finanzielle Gewalt</i>	<i>Sexuelle Gewalt</i>	<i>Vernachlässigung</i>
Nordirland	COMPTON ET AL. (1997)	Pflegende Angehörige von Menschen mit einer Demenz-Diagnose (65 Jahre und älter)	38	1 Jahr	37 %	34 %	10.5 %	k. A.	k. A.	k. A.
Holland	POT ET AL. (1996)	Ältere, demente Menschen und ihre informelle Pflegeperson ¹ , rekrutiert von einer Amsterdamer epidemiologischen Studie	169	1 Jahr	k. A.	30.2 %	10.7 %	k. A.	k. A.	k. A.
Spanien	MARMOLEJO (2008)	Pflegende Angehörige älterer Menschen	789	1 Jahr	1.5 %	0.6 %	0.3 %	0.9 %	0.3 %	0.6 %
China	YAN ET AL. (2004)	Menschen ab 60 Jahre, rekrutiert über Gemeindezentren in Hong Kong	276	1 Jahr	27.5 %	26.8 %	2.5 %	k. A.	k. A.	<i>Missachtung persönlicher Rechte</i> 5.1 %

Quelle: Eigene Darstellung („k. A.“ Die Studien treffen dazu keine Aussage. ¹Bei informell Pflegenden handelt es sich um Personen aus dem privaten Umfeld wie Familienangehörige, Freunde oder Nachbar. Sie haben in der Mehrzahl keine Krankenpflegeausbildung und werden für ihre Leistung nicht bezahlt.)

Nationale Studienergebnisse

Wie bereits in Kapitel 3.1.1 angedeutet, beleuchtet ein Teil des Projektes KuGiLaM die Gefährdungslagen älterer, pflegebedürftiger Menschen in der Familie. Das gleichnamige Modul *Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege* beinhaltet drei unterschiedliche Untersuchungselemente. Diese sind, sortiert nach dem Erhebungszeitraum, in Tabelle 8 abgebildet. Als Instrumente der Datenerhebung kamen sowohl qualitative Interviews als auch quantitative Verfahren in Form von schriftlich-postalischen Befragungen zum Einsatz.

Tabelle 8: Das Modul Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege

ZEIT- RAUM	INSTRUMENTE DER ERHEBUNG	STICHPROBENGROßE
2005	Schriftlich-postalische Befragung von ambulanten Pflegekräften ²⁰	503 Befragte
2005-06	Qualitative Interviews in häuslichen Pflegesettings	178 Interviews und vier Gruppengespräche
2007-08	Schriftlich-postalische Befragung von pflegenden Angehörigen	254 Befragte

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt haben sich 254 pflegende Angehörige an der Fragebogenstudie beteiligt. Von den Befragten wenden nach eigenen Angaben in den letzten 12 Monaten 19.4 % physische Gewalt an. Zu den häufigsten Verhaltensweisen gehören „grobes Anfassen“ (17.1 %), „Schubsen oder Stoßen“ (6.0 %) bzw. „Ohrfeigen“ (2.4 %). Seltener kommen mit 6.3 % Formen pflegerischer Vernachlässigungen vor. Deutlich mehr Befragte berichten über psychische Misshandlungen (47.6 %). Dazu zählen das „Anschreien“ (35.3 %) und das „Beschimpfen“ (30.2 %) der älteren, pflegebedürftigen Person (vgl. GÖRGEN, HERBST, KOTLENGA ET AL. 2012: 33-34).

Eine aktuelle repräsentative Erhebung der gemeinnützigen Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) geht der Einstellung der Bevölkerung zum Thema *Aggressionen und Gewalt in der Pflege* nach. Von den 2.521 Teilnehmenden (über 18 Jahre) äußert etwa jede fünfte Person, von der Pflege eines Angehörigen persönlich betroffen zu sein (vgl. ZQP 2015: 16 ff.). Unangemessenes Verhalten haben 35 % von ihnen bereits mindestens einmal

²⁰ Der Fragebogen wurde von 503 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste aus Hannover schriftlich-postalisch beantwortet. Eigenes problematisches Verhalten gegenüber älteren, pflegebedürftigen Menschen geben knapp 40 % an. Die detaillierten Ergebnisse der Befragung ambulanter Pflegekräfte können bei RABOLD & GÖRGEN (2013, 2007) nachgelesen werden.

gezeigt. Darunter sind mit 6 % am seltensten körperliche Aggressionen. Es folgt mit 26 % der Entzug von erforderlichen Hilfen oder Aufmerksamkeit sowie mit 79 % das Sagen unangemessener Dinge.

3.2 Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen

Die aufgeführten Forschungsarbeiten in Kapitel 3.1 haben das Ausmaß von Gewalterfahrungen Älterer (in der Pflege) untersucht. Zugleich analysieren viele Autorinnen und Autoren, welche Faktoren die eine Opferwerdung begünstigen. Das Ziel ist es, dadurch Risikokonstellationen möglichst frühzeitig zu erkennen (vgl. BONILLO, HEIDENBLUT, PHILIPP-METZEN ET AL. 2013: 34 ff.).

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Erkenntnisse aus der Literatur präsentiert. Dabei liegt der Schwerpunkt auf *Risikofaktoren in der häuslichen Pflege älterer Menschen*, die in mehreren Studien einen hohen Vorhersagewert aufzeigten (vgl. WHO 2011). Im weiteren Verlauf wird zwischen gewaltbegünstigenden Faktoren unterschieden, die a) Merkmale der pflegenden Person, b) Merkmale der pflegebedürftigen Person, c) Beziehungsmerkmale zwischen beiden sowie d) Kontext- bzw. Umweltbedingungen betreffen (vgl. JOHANNESSEN & LOGIUDICE 2013; SCHIAMBERG & GANS 2000; SCHEMPP, BRUCKER & KIMMEL 2012).

ANETZBERGER, KORBIN & AUSTIN (1994) konnten einen Zusammenhang zwischen *Suchtmittelabhängigkeit* und (körperlicher) Misshandlung belegen. In ihren Analysen decken sie auf, dass unter den gewalttätigen Pflegepersonen sechs von zehn (61.5 %) täglich Alkohol trinken. Das sind mehr als doppelt so viele wie in der Kontrollgruppe (27.3 %). Andere Studien weisen vergleichbare Korrelationen nach (vgl. REAY & BROWNE 2001; SAVEMAN, HALLBERG & NORBERG 1996).

Darüber hinaus zeigen zahlreiche empirische Arbeiten, dass familial Pflegende mit *depressiven Symptomen* häufiger zu physischen oder verbalen Misshandlungen neigen (vgl. BEACH, SCHULZ, WILLIAMSON ET AL. 2005; COOPER, SELWOOD, BLANCHARD ET AL. 2010; HOMER & GILLEARD 1990; WILLIAMSON & SHAFER 2001).

Besonders riskant für Misshandlungen und Vernachlässigungen in der häuslichen Pflege sind Gefühle von Stress und Überforderung (englisch: caregiver burden). Wenn pflegende Angehörige ihre Pflegetätigkeit als *hohe subjektive Belastung* wahrnehmen, kann das in Übergriffe und Eskalationen münden (vgl. COOPER, SELWOOD, BLANCHARD ET AL. 2010; GRASS, VALENTICH, ROTHSCHILD ET AL. 2007; STEINMETZ 1988).

Was den Gesundheitszustand anbelangt, so gibt es übereinstimmende Berichte zum Opferwerdungsrisiko von Menschen mit *kognitiven Einbußen wie Demenz*. Dieses ist höher einzuschätzen als bei pflegebedürftigen Menschen mit einer körperlichen Einschränkung (vgl. COOPER, KATONA, FINNE-SOVERI ET AL. 2006; SADLER, KURRLE & CAMERON 1995; YAN & TANG 2004). Zugleich steigt bei *aggressiven Verhaltensweisen* von pflegebedürftigen Personen die Wahrscheinlichkeit, dass pflegende Angehörige mit Misshandlungen und Vernachlässigungen reagieren (vgl. COYNE, REICHMAN & BERBIG 1993; PILLEMER & SUTOR 1992).

Bezüglich der Familienkonstellation sind sowohl eine *konfliktreiche Beziehungsgeschichte* zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person in der Vergangenheit (vgl. COMPTON, FLANAGAN & GREGG 1997; HUGHES 1997) als auch *wechselseitige Abhängigkeiten* in finanzieller oder emotionaler Hinsicht (vgl. PILLEMER 1985; WOLF, GODKIN & PILLEMER 1986) als Risikofaktoren zu bewerten.

Eine Korrelation scheint darin zu bestehen, dass bei einem *gemeinsam geführten Haushalt* die Wahrscheinlichkeit von Gewaltanwendungen steigt (ausgenommen finanzielle Ausbeutung). Auslöser für Konflikte sind hier fehlende Distanzierungs- bzw. Rückzugsmöglichkeiten (vgl. PAVEZA, COHEN, EISDORFER ET AL. 1992). Zugleich begünstigt die *soziale Isolation der Familie*, d. h. eine geringe soziale Unterstützung durch das Umfeld, dass Gewaltvorkommnisse unentdeckt bleiben (vgl. COMPTON, FLANAGAN & GREGG 1997; LEE 2008).

Faktoren, bei denen kein eindeutiger Nachweis erbracht ist, dass sie Einfluss auf Gewaltvorkommnisse gegen ältere, pflegebedürftige Menschen ausüben, sind u. a. das Geschlecht, das Alter und der Bildungsstand der pflegebedürftigen Person (vgl. JOHANSEN & LOGIUDICE 2013). Dass ältere Frauen dennoch häufiger betroffen sind, begründet sich durch ihr längeres Leben (fernere bzw. verbleibende Lebenserwartung im Alter von 70 bei Männern: 13.81 Jahre, bei Frauen: 16.58 Jahre) und ihre mittlere Verweildauer in Pflegebedürftigkeit (Männer: 21 Monate, Frauen: 47 Monate) (vgl. ROTHGANG, MÜLLER & UNGER 2013).

Tabelle 9 fasst alle genannten Risikofaktoren in der informellen häuslichen Pflege älterer Menschen zusammen.

Tabelle 9: Risikofaktoren in der häuslichen Pflege älterer Menschen

RISIKOFAKTOREN	
<i>Merkmale der pflegenden Person</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Vorliegende Suchterkrankung – Depressive Symptome – Hohe subjektive Belastung
<i>Merkmale der pflegebedürftigen Person</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Kognitive Einbußen wie Demenz – Aggressive Verhaltensweisen
<i>Beziehungsmerkmale zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Konfliktreiche Beziehung vor Eintritt der Pflege – Wechselseitige Abhängigkeiten
<i>Kontext- bzw. Umweltbedingungen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Gemeinsam geführter Haushalt – Soziale Isolation der Familie

Quelle: in Anlehnung an SCHEMPP, BRUCKER & KIMMEL 2012: 37

3.3 Theoretische Erklärungsansätze

In der Forschung existieren je nach Wissenschaftsdisziplin theoretische Ansätze, die entweder einen psychologischen, soziologischen, feministischen oder biologischen Blickwinkel einnehmen (vgl. ABOLFATHI MOMTAZ, HAMID & IBRAHIM 2013). Nicht immer liegt deren Fokus auf älteren, pflegebedürftigen Menschen. Die Übertragung der Modelle ist dennoch sinnvoll, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden. Alle theoretischen Ansätze zu Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege können in Tabelle 10 nachverfolgt werden.

Eine zentrale Frage ist, inwieweit pflegerische Be- und Überlastung als Gewalt induzierender Faktor interpretiert werden kann. Nach der *caregiver overload-These* (deutsch: Belastungsparadigma) von STEINMETZ (1988) steigt die Wahrscheinlichkeit der Misshandlung von pflegebedürftigen, alten Menschen, je stärker Pflegende ihren Alltag als subjektive Belastung erleben. Dieser Ansatz betont: Gewaltanwendung ist eine „primäre Reaktion auf eine Situation, die gleichzeitig als unfair und unentrinnbar wahrgenommen wird“ (HÖRL & SCHIMANY 2004: 201).

Die dazu konkurrierende *problem relative-These* wird u. a. durch PILLEMER (1985) vertreten. Er vermutet, dass ohnehin verhaltensauffällige Pflegepersonen auch in Pflegebeziehungen gewalttätig agieren. Diese Beziehungskonstellationen zeichnen sich zugleich durch bestehende Abhängigkeiten der pflegenden zur pflegebedürftigen Person, bspw. in finanzieller oder emotionaler Hinsicht, aus.

Ein dritter Ansatz beinhaltet psychologische Theorien, die das soziale Erlernen von Gewalt in den Mittelpunkt rücken. Die Basis bildet das *Lernen am Modell* (vgl. BANDURA 1973). Danach werden alle Verhaltensweisen, auch gewalttätige, durch Beobachtung und Nachahmung erlernt. Beobachten also Kinder, dass zur Konfliktlösung Gewalt eingesetzt wird und dies zum Erfolg führt, so wenden sie selbst in ähnlichen Situationen vergleichbare Strategien an. Im Sinne des Gewaltkreislaufes wird innerfamiliäre Gewalt somit von Generation zu Generation tradiert. Das kann dazu führen, dass Eltern, die ihre Kinder misshandeln, im Alter selbst zum Opfer werden.

Tabelle 10: Theoretische Ansätze zur Erklärung von Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege älterer Menschen

THEORETISCHE ANSÄTZE	ERLÄUTERUNG
<i>Belastungsparadigma</i> (englisch: caregiver overload or situational theory)	– Überlastungen in der häuslichen Pflege schüren ein Klima, das Gewalt begünstigt.
<i>Psychopathologische Ansätze</i> (englisch: problem relative or intra-individual dynamics)	– Es besteht eine Korrelation zwischen verhaltensauffälligen Pflegepersonen und Gewaltvorkommnissen.
<i>Lerntheorie oder transgenerationaler Gewaltkreislauf</i> (englisch: social learning theory or intergenerational transmission)	– Erlernte Verhaltensmuster (in der Kindheit) dienen als Erklärung für Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen im Erwachsenenalter.
<i>Austauschtheorie</i> (englisch: exchange theory)	– Familienbeziehungen zeichnen sich durch wechselseitige Abhängigkeiten aus. Ist das Geben und Nehmen nicht ausbalanciert, können Gefühle der Unzufriedenheit in Misshandlung und Vernachlässigung münden.
<i>Feministische Theorie</i> (englisch: feminist theory)	– Zentral sind die ungleichen Verhältnisse zwischen den Geschlechtern. Männer nutzen demnach das Mittel Gewalt, um ihre Macht zu demonstrieren.
<i>Politisch-ökonomische Theorien</i> (englisch: political economic theories)	– Die einseitige Konzentration auf das Individuum wird kritisiert. Eine Forderung lautet, den Blick auf die Wirkung struktureller Faktoren zu richten.

Quelle: in Anlehnung an BONILLO, HEIDENBLUT, PHILIPP-METZEN ET AL. 2013: 30; PEREL-LEVIN 2008: 8

Zur vierten Gruppe gehören soziologische Erklärungsmodelle. Dazu zählt die *Austauschtheorie*, welche sich mit wechselseitigen Abhängigkeiten beschäftigt. Im Kern besagt dieser Ansatz, dass soziale Interaktionen durch ein Geben und Nehmen von materiellen und immateriellen Gütern geprägt sind. Ziel ist es, langfristig eine ausgewogene Bilanz herzustellen, welche die eigenen Bedürfnisse befriedigt (vgl. HOMANS 1972). Im Alter können Ressourcen

abnehmen, bspw. durch sinkende finanzielle Mittel oder eine nachlassende Gesundheit. Das kann in Pflegebeziehungen unausgeglichene Interaktionen erzeugen, weil Pflegende die eigenen Investitionen höher einschätzen als den Nutzen. Daraus entwickeln sich möglicherweise Gefühle der Unzufriedenheit, die in Gewalt enden.

Neben den bereits vorgestellten werden *feministische* und *politisch-ökonomische Ansätze* zur Erklärung von Misshandlungen und Vernachlässigungen alter Menschen herangezogen. *Feministische Ansätze* schenken den Machtverhältnissen zwischen den Geschlechtern Beachtung. Danach wenden Männer Gewalt an, um ihre Position und Dominanz zu demonstrieren (vgl. WHITTAKER 1995). *Politisch-ökonomische Ansätze* vermuten, dass strukturelle Faktoren (bspw. soziale Normen und kollektive Einstellungen) zu einer Marginalisierung älterer Menschen beitragen, die im Ergebnis Gewaltanwendungen zulassen.

3.4 Zusammenfassung

Insgesamt fällt es schwer, die vorgestellten Befunde miteinander zu vergleichen: zu vielfältig sind die Erhebungstechniken, zu unterschiedlich die verwendeten Definitionen und Operationalisierungen des Gewaltbegriffes. So etwa werden vereinzelt Formen von Selbstvernachlässigung, die ohne erkennbare Einwirkung Dritter auskommen, unter den Begriff Gewalt subsumiert. Das führt im Ergebnis zu sehr hohen Prävalenzraten.

Trotzdem ist zu befürchten, dass es sich nach der *Eisberg-Metapher* nur um einen Ausschnitt bzw. die Spitze tatsächlicher Misshandlungsfälle handelt. Schließlich, so die Vermutung, werden unzählige Fälle von Gewalt nicht erkannt bzw. nicht gemeldet (vgl. TATARA, BLUMERMAN KUZMESKUS, DUCKHORN ET AL. 1998).

Eine klare Rangfolge der Gewaltformen in der häuslichen Pflege alter Menschen kann nicht ausgemacht werden. Allerdings scheinen die *Spielarten* psychischen Missbrauchs im Gegensatz zu körperlicher Gewalt deutlich verbreiteter. Zugleich fällt auf, dass die abgeschlossenen Untersuchungen in der Mehrzahl ohne theoretische Grundlagen auskommen, aber „Theories are needed because they help to make explicit the ways in which events are explained“ (BIGGS & GÖRGEN 2010: 168). Daraus resultiert eine oftmals deskriptiv orientierte Auseinandersetzung mit der Thematik (vgl. LOWENSTEIN 2010).

Grundsätzlich ist das kalendarische Alter einer Person nicht per se ein Risikofaktor für Gewaltanwendungen im sozialen Nahraum. Anders verhält es sich, wenn der Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf mit zunehmendem Alter steigt. Dann, so legen die aktuellen Forschungsarbeiten nahe, sind Menschen einem erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer von

Misshandlung und Vernachlässigung zu werden. Allerdings ist dafür in der Regel kein einzelner Faktor ursächlich, vielmehr ist es das Zusammenspiel einer Reihe von Merkmalen.

Interessanterweise haben nach JOHANNESSEN & LOGIUDICE (2013) zwei Risikofaktoren die höchste Vorhersagekraft. Das sind einmal eine *konfliktreiche Beziehung* zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person (bereits vor Eintritt der Pflege) sowie eine *geringe soziale Unterstützung* durch das Umfeld. Diese Erkenntnisse betonen die Bedeutsamkeit von Unterstützungsstrukturen sowie von soziokulturellen Aspekten in der häuslichen Pflege älterer Menschen. Ein Anlass, die weitverbreitete Annahme zu überdenken, dass sich das Thema Gewalt auf Belastungen und Überforderungen in der häuslichen Pflege reduzieren ließe.

Vor diesem Hintergrund wird sich die vorliegende Forschungsarbeit mit der Beziehung zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und ihren alten, pflegebedürftigen Eltern auseinandersetzen. Der Arbeit wird deshalb ein konzeptioneller Rahmen gegeben, der familiensoziologische Theorieansätze aufgreift.

4 Konzeptioneller Rahmen: familiäre Beziehungen im Alter

Die Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand (Kapitel 3) hat gezeigt, dass die Analyse von Beziehungsmerkmalen zwischen den Generationen ein fruchtbarer Zugang ist, um das Themenfeld häuslicher Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen in den Blick zu nehmen. Im Zentrum des vierten Kapitels steht daher – unter Verwendung soziologischer Familientheorien – die Bearbeitung folgender Fragen: Was zeichnet das Verhältnis (erwachsener) Kinder zu ihren (alten) Eltern aus? Gibt es allgemeine Prinzipien, welche die Beziehung zwischen den Generationen beschreiben? Welche Rolle spielen neben solidarischen Gefühlen auch bestimmte Verpflichtungen, Konflikte oder Widersprüche für die Bindung zwischen den Generationen?

Zahlreiche Studien illustrieren, dass die Ausgestaltung von Generationenbeziehungen bezüglich ihrer Intensität und Qualität erheblich variieren kann. Einerseits zeichnen sich Generationenbeziehungen durch die wechselseitige Unterstützung ihrer Mitglieder aus, andererseits können auch Spannungen und Konflikte das Verhältnis zueinander prägen (Kapitel 4.1). Angesichts dieser Dualität im familialen Miteinander der Generationen weist der Soziologe LÜSCHER (2005, 2002, 2000) darauf hin, dass diese in ihrer Eigenständigkeit betrachtet werden müssen. Er führt das Konzept der Ambivalenz in die Diskussion ein (Kapitel 4.2). Dieser Ansatz bildet den konzeptionellen Rahmen der vorliegenden Studie (Kapitel 4.3). Ein solcher Zugang ist bislang selten gewählt worden. Um jedoch die Pflegesituation im häuslichen Umfeld zu verbessern, müssen gerade die Beziehungsgeflechte und Motivlagen analysiert werden.

4.1 Intergenerationale Solidarität und Konflikte

Intergenerationale Solidarität

Familiäre Beziehungen werden innerhalb des Konzeptes der Generationensolidarität als Ausdruck von wechselseitiger Unterstützung und Hilfe diskutiert. Danach zeichnen sich die Mitglieder einer Familie durch einen hohen Grad an Zusammenhalt und an gegenseitigem Vertrauen aus. Sie bauen auf Kooperationsbereitschaft, tauschen Ressourcen und setzen sich für gemeinsame Interessen ein (vgl. BENGTON & ROBERTS 1991; BENGTON, ROSENTHAL & BURTON 1996). Dieses Modell umfasst sechs verschiedene Dimensionen von Solidarität (affektuelle, funktionale, strukturelle, konsensuelle, normative, assoziative). Es hebt damit die Vielschichtigkeit bzw. Multidimensionalität von Generationenbeziehungen hervor (vgl. BENGTON & SCHRADER 1982). Länderübergreifende Studien wie

bspw. das *OASIS Projekt*²¹ verwenden das Konzept als theoretische Grundlage (vgl. LOWENSTEIN & OGG 2003).

Intergenerationale Konflikte

Die demografische Entwicklung erlaubt eine zeitliche Ausdehnung der Eltern-Kind-Beziehung. Diese verlängerte, gemeinsame Lebenszeit birgt aber auch Risiken und Konfliktpotenziale. Das *Konzept der Generationenkonflikte* beschreibt daher das Verhältnis zwischen Familienangehörigen als problematisch, wechselseitig abgrenzend, isolierend und konkurrierend um Ressourcen. Selbst einen bevorstehenden *Krieg der Generationen* wagen Vertreterinnen und Vertreter der Konfliktperspektive zu prognostizieren (vgl. GRONEMEYER 1991; MOHL 1993; SCHIRRMACHER 2004).

4.2 Intergenerationale Ambivalenz

BLEULER wird allgemein die erste Verwendung des Begriffes Ambivalenz im Rahmen eines Vortrages während der „Ordentlichen Winterversammlung des Vereins der Schweizer Irrenärzte“ im November 1910 zugeschrieben. Er bezeichnet sie als „eine doppelte Wertung, die naturgemäß meist eine gegensätzliche ist“ (BLEULER 1914: 106).²² Im Kontext des soziologischen Arbeitens bedeutet Ambivalenz die „Doppelwertigkeit“ von Phänomenen und die Erfahrung „von Widersprüchen des Handelns, sozialer Strukturen, individueller und gesellschaftlicher Entwicklung im Horizont einer prinzipiellen Unauflösbarkeit“ (LÜSCHER & PILLEMER 1996: 14). Ambivalenzen verweisen somit auf Entscheidungen, denen es an Eindeutigkeit fehlt und „die darum immer nur vorläufig getroffen werden können, aber auch angesichts ihrer Offenheit immer wieder von neuem getroffen werden müssen“ (ebd.). Zu verwechseln ist der Begriff jedoch nicht mit einer indifferenten oder neutralen Haltung. Ambivalenzen implizieren immer das Erleben eines Konfliktes.

²¹ OASIS steht für den Namen des Projektes: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity.

²² BLEULER (1914) unterscheidet drei Ebenen, auf denen Ambivalenzen anzutreffen sind. Auf der des Willens (*voluntäre Ambivalenz*): Das Individuum möchte z. B. zu gleicher Zeit schlafen und nicht schlafen. Auf der des Denkens (*intellektuelle Ambivalenz*): Das Subjekt äußert eine Ansicht und gleichzeitig deren Gegenteil. Auf der des Fühlens (*affektive Ambivalenz*): Es hegt Emotionen der Liebe und des Hasses gegenüber einer Person gleichzeitig. Überdies bringt der schweizerische Psychiater Ambivalenz mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie in Verbindung. Er räumt jedoch ein, „daß es eine gewöhnliche, selbstverständliche Ambivalenz gibt, die in den Beziehungen zum nämlichen Objekt angenehmes und unangenehmes konstatiert, aber beides mehr oder weniger zu einer einheitlichen Wertung verbindet“ (ebd. S. 106).

Für MERTON & BARBER (1963) sind mehrere Faktoren für das Auftreten von Ambivalenzen in intergenerationalen Verhältnissen ursächlich. Grundsätzlich resultieren Ambivalenzen nach Meinung der Autoren aus Beziehungen, die auf unbegrenzte Dauer angelegt sind und in denen aufgrund ihrer Unkündbarkeit ein hohes Ausmaß an individueller Unzufriedenheit akzeptiert werden muss. Diese Annahme trifft in besonderer Weise auf Eltern-Kind-Beziehungen zu und unterscheidet sie von allen anderen Formen zwischenmenschlicher Beziehungen (vgl. SCHÜTZE 1988): Elternschaft gilt prinzipiell als unaufhebbar. Auch Kinder bleiben ohne Rücksicht auf den Grad ihrer Unzufriedenheit über ihre gesamte Lebensspanne hinweg immer das Kind ihrer Eltern. Darüber hinaus benennen die Verfasser eine zweite, Ambivalenzen generierende Einflussgröße: auf Autorität beruhende Beziehungen. Drittens steigt den Überlegungen von MERTON & BARBER (1963) zufolge Ambivalenz in Beziehungen, in denen Statusunterschiede zwischen den beteiligten Personen bestehen. Eine solche Situation tritt sehr wahrscheinlich ein zwischen erwachsenen Kindern im Berufsleben und alt gewordenen Eltern, die mit gesundheitlichen Einschränkungen leben.

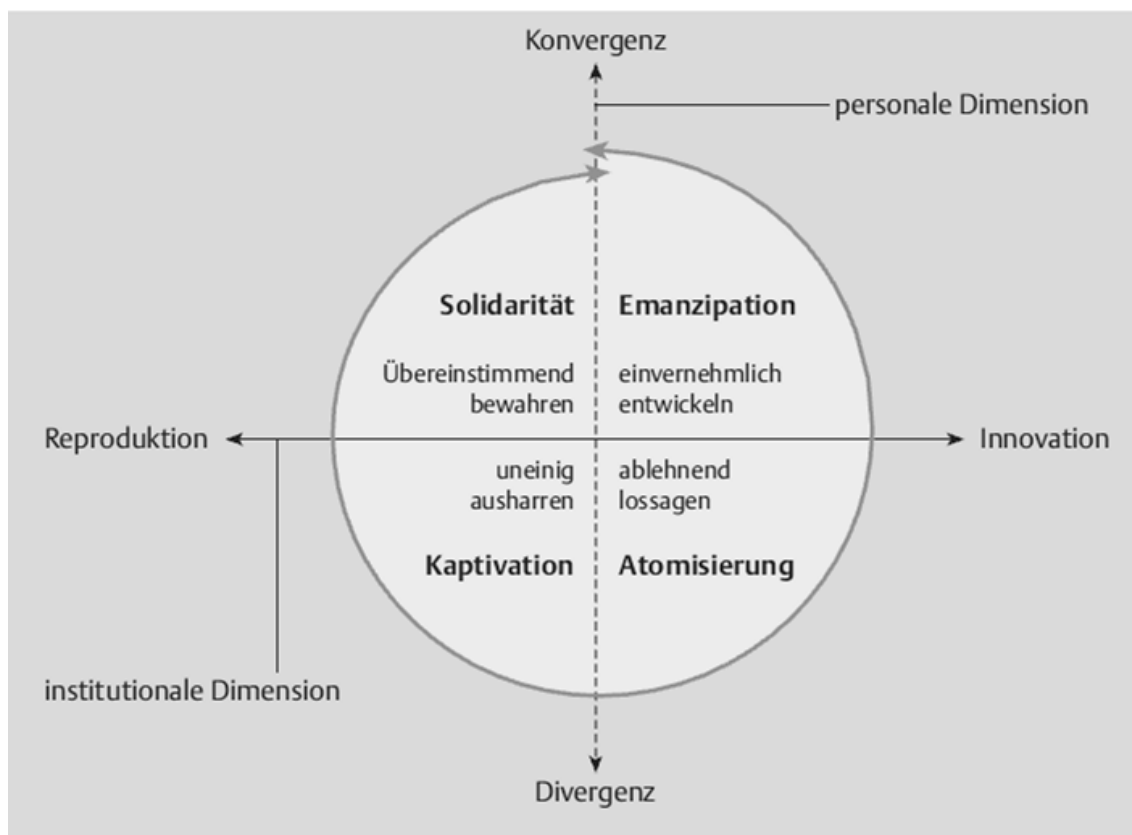
Zum Ausdruck kommen können Ambivalenzen latent oder manifest. Von den bewusst wahrgenommenen Alltagserfahrungen, die in ein Gefühl des hin- und hergerissen Seins münden, sind unbewusste Formen zu unterscheiden, die allein über wissenschaftliche Analysen zugänglich sind. Eine detaillierte Darstellung des theoretischen Konzeptes soll klären, inwieweit der Ambivalenzbegriff für das Themenfeld der häuslichen Gewalt in intergenerationalen Pflegebeziehungen nutzbar gemacht werden kann.

LÜSCHER (2005, 2002, 2000) geht in seinem Modell davon aus, dass sich Ambivalenzen in intergenerationalen Familienbeziehungen grundsätzlich auf eine personale und eine institutionale Dimension erstrecken (vgl. Abbildung 5).

Die personale Dimension (Individualebene) umfasst den persönlichen Umgang zwischen (erwachsenen) Kindern und (alten) Eltern. Widersprüchliche Gefühle lassen sich zwischen den Endpunkten *Konvergenz* und *Divergenz* verorten. Konvergenz beschreibt das Potenzial der Nähe, der Gemeinsamkeit sowie Ähnlichkeit in Eltern-Kind-Dyaden. Ihm lassen sich Attribute wie warmherzig oder liebevoll zuordnen. Andererseits unterscheiden sich Eltern und ihre Kinder aber auch mit zunehmendem Alter. Sie streben auseinander und distanzieren sich voneinander. Divergente Beziehungen sind vor allem negativ konnotiert, zeichnen sich durch Gehaltlosigkeit statt Gefühlsbetontheit aus und repräsentieren z. B. die Attribute gleichgültig oder kühl (vgl. BÖHMER 2000).

Die institutionale Dimension (Makroebene) verweist auf Fragen der Beibehaltung und Beachtung gesellschaftlicher Normen und Vorgaben, welche die Gestaltung familiärer Generationenbeziehungen beeinflussen. Strukturelle Ambivalenzen schwanken nach familiärer Eigenart zwischen den Polaritäten *Reproduktion* und *Innovation*. Die Bewahrung sowie Bekräftigung vorhandener Verhältnisse stehen für den Pol der Reproduktion, dem sich die Attribute eingefahren oder unflexibel zuordnen lassen. Offenheit für Neues und Abwechslungsreichtum sind im Gegensatz dazu Charakteristika des Pols Innovation, der sich außerdem durch die Veränderung oder Anpassung an sich wandelnde Strukturen auszeichnet (vgl. LETTKE & LÜSCHER 2001).

Abbildung 5: Dimensionen des Ambivalenzbegriffes



Quelle: DIETRICH, LÜSCHER & MÜLLER 2009: 56

Durch die Kombination der beiden Dimensionen besteht nun die Möglichkeit, Beziehungsstile zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern zu analysieren und damit verschiedene Strategien im Umgang mit Ambivalenzen zu identifizieren. Die vier Grundmuster lauten: *Solidarität*, *Emanzipation*, *Atomisierung* und *Kaptivation* (vgl. LÜSCHER & LIEGLE 2003: 292). Sie werden nachfolgend skizziert und auf Situationen in der häuslichen Pflege übertragen.

Wenn in der familialen Beziehungsgestaltung die Pole *Reproduktion* und *Konvergenz* überwiegen, zeichnet sich die bestimmende Beziehungslogik durch *Solidarität* aus. Aushandlungs-

prozesse sind geprägt durch einen souveränen Umgang miteinander, gegenseitige Unterstützung und „die Bereitschaft zu nicht notwendigerweise rückzahlbaren (Vor-)Leistungen“ (ebd.). Angesichts der starken Betonung von Gemeinsamkeiten werden Ambivalenzen zurückgedrängt. Pflegebedürftige, alte Eltern können auf eine verlässliche Hilfe durch ihre erwachsenen Kinder bauen. Deren Handeln zeichnet sich durch Empathie aus.

Zwischen den Extrempunkten Konvergenz und Innovation liegt die als *Emanzipation* charakterisierte Beziehungslogik. Das Verhältnis zwischen Eltern und erwachsenen Kindern zeichnet sich durch Gleichberechtigung, „persönliche Entwicklung und Entfaltung aller Beteiligten“ (LÜSCHER, PAJUNG-BILGER, LETTKE ET AL. 2000: 22) aus. Dennoch wissen die Familienmitglieder um ihre wechselseitigen Abhängigkeiten (ebd.). In schwierigen Lebenslagen werden entsprechend den Bedürfnissen und Notwendigkeiten des Einzelnen neue, innovative Lösungen einvernehmlich entwickelt. Diese offene Generationenbeziehung spricht Ambivalenzen direkt an. Die Handelnden wenden sich vermutlich in pflegerischen Überlastungssituationen ratsuchend an sie unterstützende Institutionen.

Zwischen den Polen Innovation und Divergenz ist die konträre Beziehungslogik der *Atomisierung* angesiedelt. Diese Eltern-Kind-Dyaden haben „kaum noch Berührungspunkte miteinander“ (ebd.). Das Verhältnis ist aufgespalten, zersplittert und nur sehr locker (ebd. S. 21). Hier werden Ambivalenzen vordergründig negiert. In dieser Konstellation gehen die Generationen getrennte Wege. Dass die Pflege eines alten Elternteils durch ein erwachsenes Kind übernommen wird, ist unwahrscheinlich. Es fehlen die Gemeinsamkeiten.

Die Beziehungslogik der *Kaptivation* verkörpert divergente Gefühle auf der subjektiven Ebene, welche auf ein starkes aneinandergebunden sein auf der institutionellen Ebene treffen. Die gemeinsame Familienzugehörigkeit wird betont. „Dadurch entsteht ein Verhältnis fragiler Unter- und Überordnung, in der moralische Verpflichtung oder moralischer Zwang die Ausübung von Macht reguliert“ (ebd. S. 22). In diesem fragilen Verhältnis gegenseitiger Abhängigkeiten werden Ambivalenzen intensiv erfahren. Die Pflege eines Elternteils wird in solchen Konstellationen übernommen, weil sich ein Kind in der sozialen Verantwortung fühlt oder aber finanziell darauf angewiesen ist. Die anfängliche Erwartung, die situativen Anforderungen bestehen zu können, kann allerdings durch die mangelnde Abschbarkeit der Pflegebeziehung enttäuscht werden. Unter dieser Bürde sind Konflikte bis hin zu Gewaltvorkommnissen eine mögliche Form der Zukunftsabwehr.

LÜSCHER & PILLEMER (1996) nehmen unter Bezugnahme auf COSER (1966) an, dass Ambivalenzen in Phasen von Statusübergängen besonders stark zutage treten. So z. B.

wenn sich der Gesundheitszustand der pflegenden Person verschlechtert oder sie ihre Berufstätigkeit aufgeben muss, um die Pflege leisten zu können. Bereits der Eintritt von Pflegebedürftigkeit eines Elternteils kann hierunter gefasst werden, denn die familiäre Unterstützung eines pflegebedürftigen Angehörigen ist in der Regel mit der Übernahme hoher Belastungen, aber auch beträchtlichen Einschränkungen bei der Realisierung eigener Lebenspläne verbunden. Da in Phasen relativer Stabilität ein geringes Ausmaß an Ambivalenz zu vermuten ist, sind Statusübergänge in gewisser Weise das beste Laboratorium, um die Ambivalenz von Generationenbeziehungen zu untersuchen.

4.3 Zusammenfassung

Das *Konzept der Generationenambivalenz* ist auf die Beziehung zwischen alten, pflegebedürftigen Eltern und pflegenden, erwachsenen Kindern anwendbar. Vor diesem Hintergrund ist zu vermuten, dass Pflegesituationen Ambivalenzen generieren, deren lebenspraktischer Umgang auch zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen führen kann. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Pflege- und Fürsorgeaufgaben in ihrer Ausgestaltung offen sind. Sie können auch Widersprüche (bspw. zwischen Autonomie und Abhängigkeit), Spannungsfelder und Gegensätze beinhalten, die letztendlich als nicht auflösbar verstanden werden. Inwieweit tatsächlich derartige Unvereinbarkeiten auftreten und von den Beteiligten als solche wahrgenommen werden, bedarf der empirischen Überprüfung, denn:

„Der Blick auf die Pflege alter Menschen zeigt, dass Solidarität und Ambivalenz keine Gegensätze sind. Vielmehr kann solidarisches Handeln ambivalente Gefühle erst auslösen – und die Lösung von Ambivalenzen kann zu verstärkter Solidarität führen. Wer nur auf die Leistungen von Familien schaut, wird Solidarität erkennen, wer aber auch auf die Prozesse schaut, wird Ambivalenzen nicht übersehen“ (TESCH-RÖMER 2010: 156).

Dabei ist in der Auseinandersetzung mit Ambivalenzen Solidarität zwischen den Generationen zwar eine Lösung, aber keinesfalls selbstverständlich. Problematische und konfliktreiche Konstellationen können ebenfalls ein Resultat familialer Entwicklungsprozesse sein (vgl. TESCH-RÖMER, MOTEL-KLINGEBIEL & KONDRATOWITZ 2002).

5 Zentrale Fragen und Hypothesen

Sowohl aus dem aktuellen Stand der Forschung (Kapitel 3) als auch der konzeptionellen Einbettung in das Thema familiäre Beziehungen im Alter (Kapitel 4) lassen sich die *zentralen Fragen* und *Hypothesen* dieser Arbeit ableiten.

Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen

Forschungsfrage 1 Wie stellen sich Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit dar?

- *Hypothese 1.1* In der häuslichen Pflege zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern treten gewalttätige Handlungen (physische, psychische, finanzielle) häufiger auf als Vernachlässigungen (pflegerische).
- *Hypothese 1.2* Unter den gewalttätigen Handlungen gegen alte, körperlich pflegebedürftige Eltern treten psychische Misshandlungen häufiger auf als physische Misshandlungen und physische Misshandlungen häufiger als finanzielle Ausbeutungen.

Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen

Forschungsfrage 2 Unter welchen Bedingungskonstellationen sind Gewaltanwendungen in der familiären, häuslichen Pflege älterer Menschen wahrscheinlich?

- *Hypothese 2.1* Erwachsene, pflegende Kinder, die den Pflegealltag als hohe subjektive Belastung wahrnehmen oder unter depressiven Symptomen oder einer Suchterkrankung leiden, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.
- *Hypothese 2.2* Alte, körperlich pflegebedürftige Eltern, die selbst aggressive Verhaltensweisen zeigen, unterliegen einem erhöhten Risiko, Opfer von gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen durch erwachsene, pflegende Kinder zu werden.
- *Hypothese 2.3* Pflegende, erwachsene Kinder, die sich mit ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern den Haushalt teilen oder die durch das soziale Umfeld keine Unterstützung erfahren, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.

Familiäre Beziehungsmerkmale

Forschungsfrage 3 Inwieweit wird die aktuelle Pflegebeziehung von der Qualität der familialen Beziehungsgeschichte bestimmt?

- *Hypothese 3.1* Erwachsene, pflegende Kinder, die seit Eintritt der Pflege eine negative Beziehungsentwicklung zu ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern wahrnehmen, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.
- *Hypothese 3.2* Pflegesituationen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern generieren Ambivalenzen, deren lebenspraktischer Umgang auch zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen führen kann.

Die insgesamt drei zentralen Fragen und sieben Hypothesen strukturieren die weitere Arbeit. Dabei setzt diese Studie ihren Schwerpunkt auf familiäre Beziehungsmerkmale. Folgerichtig ist die zweite Hypothese²³ der dritten Forschungsfrage von besonderer Bedeutung, denn der zugrundeliegende konzeptionelle Rahmen der *Generationenambivalanz* ist eine innovative und vielversprechende Annäherung an das Phänomen der Gewaltanwendungen in der familialen, häuslichen Pflege älterer Menschen. Inwieweit sich dieses grobe Raster anhand empirischer Beobachtungen zunehmend füllt und neue familiensoziologische Erkenntnisse generiert, bleibt abzuwarten.

Bevor dies im Ergebnisteil der Arbeit ausführlich behandelt wird (Kapitel 7 und Kapitel 8), setzt sich das nun folgende sechste Kapitel mit dem methodischen Vorgehen auseinander. Das Ziel ist eine nachvollziehbare Beschreibung der verschiedenen Erhebungsinstrumente, die zur Beantwortung der drei zentralen Fragen und sieben Hypothesen eingesetzt werden.

²³ Die Autorin verfolgt an dieser Stelle das Ziel, der Gliederung treu zu bleiben. Allerdings handelt es sich aus streng methodischer Perspektive der quantitativen Forschung hier nicht um eine Hypothese, die sich mit entsprechenden Messmethoden eindeutig überprüfen lässt. Vielmehr soll der Terminus Hypothese hier in einem allgemeineren Sinne als Vermutung oder Annahme verstanden werden.

6 Methodisches Vorgehen

Dem dringenden Forschungsbedarf im Hinblick auf Gefährdungslagen und Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen stehen außerordentliche methodische Schwierigkeiten gegenüber. Einerseits betrifft das deren Erreichbarkeit und Befragbarkeit. Andererseits ist es möglich, dass Gewaltopfer sowie Gewaltausübende den Missbrauch wegen der „besonderen Gefühlsdynamik in vielen ‚Täter‘-, ‚Opfer‘ Beziehungen“ (HÖRL 2003: 279) selbst gar nicht wahrnehmen. Im Gegensatz zu Kindern, die üblicherweise im Kindergarten oder in der Schule ins öffentliche Blickfeld geraten, kann der Missbrauch alter Menschen, die zum Teil zurückgezogen, isoliert und ohne Einbindung in soziale Netzwerke leben, jahrelang unentdeckt bleiben (vgl. GELLES 1997: 114). Sollte eine Tat dennoch aufgedeckt werden, kommt es nur in wenigen Fällen zu einer Anzeige und nur ausnahmsweise zu einer Verurteilung (vgl. HÖRL 2003: 279).

Es erscheint deshalb notwendig, sich dem Forschungsgegenstand mithilfe verschiedener Erhebungsinstrumente anzunähern. Im Kern des sechsten Kapitels steht die Darstellung der konkreten methodischen Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit. Grundsätzliche Gedanken zum *Mixed-Methods-Ansatz* enthält Kapitel 6.1. Auf eine kurze Begründung des sowohl qualitativen als auch quantitativen Zugangs zum Forschungsthema folgen ausführliche Beschreibungen der ausgewählten Methoden. Der Aufbau der jeweiligen Kapitel ist an den Forschungsprozess angelehnt.

Zuerst wird die *qualitative Interviewstudie* vorgestellt (Kapitel 6.2). Den Auftakt geben das problemzentrierte Interview sowie die einzelnen Erhebungsinstrumente (Kapitel 6.2.1). Zur Auswertung der empirischen Daten dient die qualitative Inhaltsanalyse, die in ihren Grundzügen in Kapitel 6.2.4 erläutert wird. Davor erfolgt die Erörterung des Feldzugangs (Kapitel 6.2.2) und die Beschreibung der Stichprobe (Kapitel 6.2.3). Im Anschluss konzentrieren sich die Ausführungen auf die *quantitative Fragebogenstudie* (Kapitel 6.3). Am Beginn steht die Entwicklung eines geeigneten Instrumentes für die schriftliche Befragung (Kapitel 6.3.1). Anschließend werden Details zur Durchführung der Fragebogenstudie vorgestellt (Kapitel 6.3.2). Die darauffolgenden Erläuterungen thematisieren die Zusammensetzung der Stichprobe (vgl. 6.3.3) sowie die Auswertung der erhobenen Daten (Kapitel 6.3.4). Am Ende des Gesamtkapitels steht eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte zum methodischen Vorgehen (Kapitel 6.4).

6.1 Mixed-Methods-Ansatz

Der heikle und schwer zugängliche Untersuchungsgegenstand Gewalt gegen alte Menschen in der häuslichen Pflege macht es notwendig, auf eine methodische Doppelstrategie zu setzen. Vorgesehen ist eine Kombination aus qualitativen und quantitativen Verfahren. Ziel ist es, verschiedene Perspektiven zu beleuchten, um ein kompletteres Bild und tiefergehendes Verständnis des zu untersuchenden Forschungsfeldes zu gewinnen (vgl. HUSSY, SCHREIER & ECHTERHOFF 2013: 285). Ein solcher Methodenmix, auch als *Mixed-Methods-Ansatz* bezeichnet, ist:

„(...) eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d. h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen“ (KUCKARTZ 2014: 33).

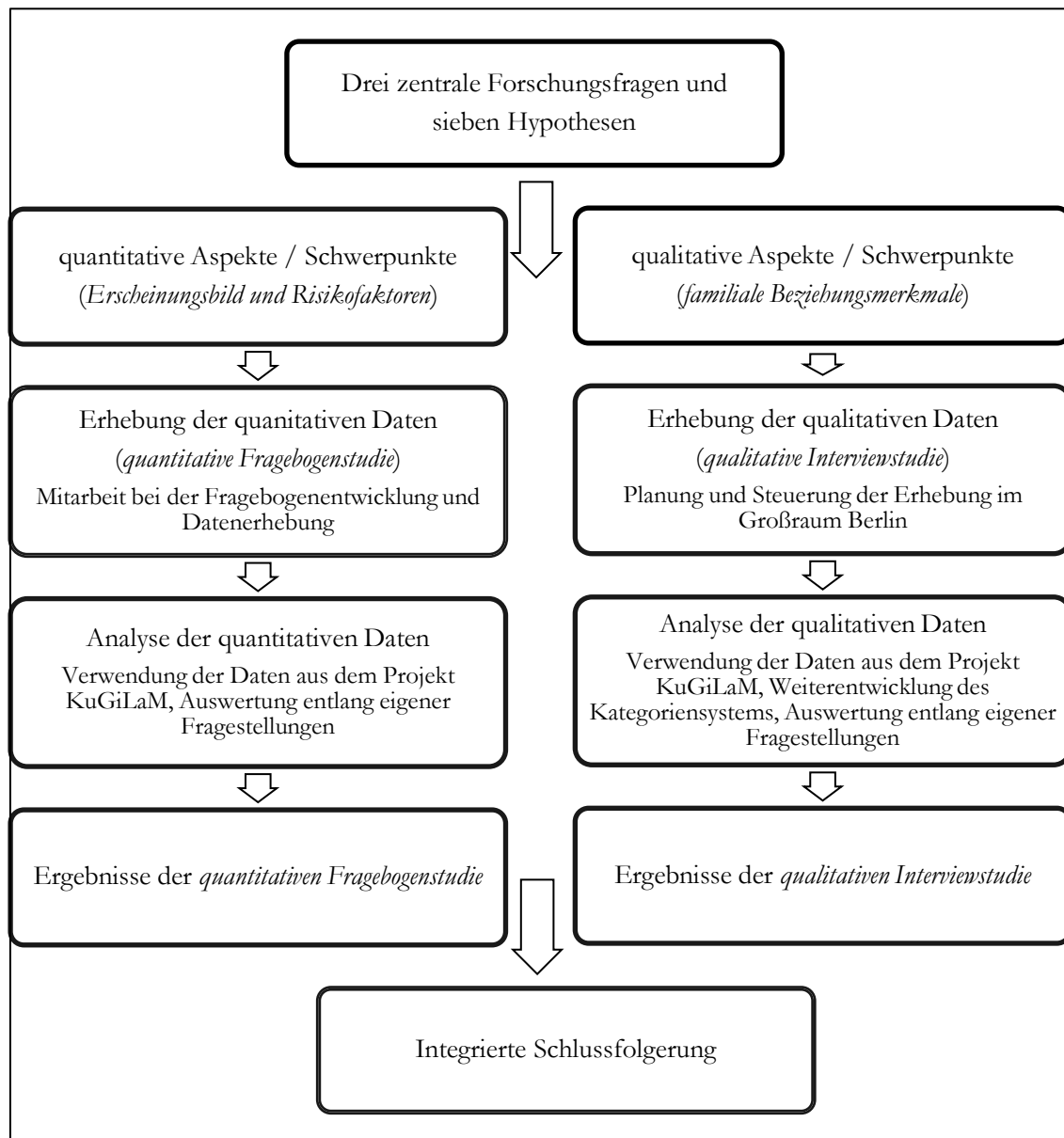
Wie bereits in Kapitel drei demonstriert, führte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen (KFN) von 2004 bis 2008 zusammen mit einem Verbund aus Kooperationspartnern das Projekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* (KuGiLaM) durch. Ein Teil des Projektes beleuchtet die *Gefährdungslage älterer pflegebedürftiger Menschen*. Sowohl die *qualitativen Interviews in häuslichen Pflegesettings* (qualitative Interviewstudie) als auch die *schriftlich-postale Befragung pflegender Angehöriger* (quantitative Fragenbogenstudie) bilden die Grundlagen des empirischen Teils dieser Arbeit.

Die beiden Teilprojekte sind als paralleles Design angelegt, auch wenn sie zeitlich aufeinander folgen (vgl. KUCKARTZ 2014: 71 ff.). Dabei ergänzen sich die beiden Stränge. So erfasst die standardisierte, schriftliche Befragung vordergründig problematische Verhaltensweisen von pflegenden Familienangehörigen. Damit ermöglicht die Fragenbogenstudie, Aussagen über das Ausmaß von Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege zu treffen sowie Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen zu untersuchen (vgl. GÖRGEN, BAUER & SCHRÖDER 2010: 196).

Im Gegensatz dazu zeichnen sich die qualitativen face-to-face Interviews durch dichte, informationsreiche Einzelfallschilderungen im Kontext der häuslichen Pflege aus. Im Fokus der qualitativen Befragung stehen die familialen Beziehungsdynamiken. Das Ziel ist es, tieferliegende Deutungs- und Handlungsmuster aufzudecken. Hierbei werden unter Einbeziehung der Opfer- und Täterperspektive die Wechselseitigkeit von Gewaltanwendungen, Details zu Motiven, Tatumständen, Entstehungszusammenhängen und Rechtfertigungsgründen analysiert. Es werden somit subjektive Sichtweisen erfasst, die das Handeln des Individuums bestimmen (vgl. BÖTTGER & STROBL 2002: 1483).

Abbildung 6 hält den Ablauf der beiden Teilprojekte anschaulich fest. Darüber hinaus enthält die Grafik wichtige Informationen, wo im Forschungsprozess die Autorin auf das Projekt KuGiLaM zurückgreift und worin der Eigenanteil der vorliegenden Arbeit besteht. Deutlich wird, dass insbesondere das Forschungsdesign, die Datenerhebung und Fragen zur Datenauswertung eng mit dem Projekt KuGiLaM zusammenhängen. Die Auswertung erfolgt entlang eigener Fragestellungen.

Abbildung 6: Detailliertes Ablaufschema beim parallelen Design, Eigenanteil der Autorin



Quelle: in Anlehnung an KUCKARTZ 2014: 74

Zurück zum Ablaufschema beim parallelen Design fällt auf, dass sich nach der Formulierung der Forschungsfragen die Wege des quantitativen und qualitativen Strangs vorläufig trennen. Ersterer hat zum Ziel, quantitative Aspekte zum Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen sowie Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen

zu identifizieren. Der zweite Strang untersucht qualitative Aspekte von Familienbeziehungen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, pflegebedürftigen Eltern unter besonderer Berücksichtigung des Konzeptes intergenerationaler Ambivalenzen. Das Ziel der vorliegenden Studie lautet, neue familiensoziologische Erkenntnisse zu generieren. Ein Zusammenführen der beiden Stränge erfolgt am Ende der Arbeit (Kapitel 9).

6.2 Qualitative Interviewstudie

Nachfolgend werden die Grundmerkmale der *qualitativen Interviewstudie* vorgestellt.

6.2.1 Problemzentriertes Interview, Interviewleitfäden und weitere Erhebungsinstrumente

Problemzentriertes Interview

Als methodischer Orientierungsrahmen für die qualitative Interviewstudie dient das von WITZEL (1982, 1985) entwickelte Konzept des *problemzentrierten Interviews*. Die Basis bilden drei zentrale Grundprinzipien: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung (vgl. WITZEL 2000). Diese Form des Interviews bedient sich halbstandardisierter Vorgehensweisen, die sich auf die Äußerungen und Sichtweisen der Subjekte konzentriert (vgl. FLICK 2007). Insbesondere zeichnet sich das „problemzentrierte Interview durch eine Kombination aus Induktion und Deduktion mit der Chance auf Modifikation der theoretischen Konzepte“ (LAMNEK & KRELL 2010: 333) aus. Mit anderen Worten, Forschende begeben sich nicht völlig theorieelos, sondern präterminiert ins soziale Feld (ebd.).

Interviewleitfäden und andere Erhebungsinstrumente

Im Rahmen des problemzentrierten Interviews können bei der Datengewinnung diverse Instrumente eingesetzt werden. Für die qualitativen Interviews der vorliegenden Arbeit wurden vier Instrumente entwickelt: ein *Sozialdatenbogen*, ein *Interviewleitfaden*, eine *summarische Ratingskala* und ein *Postscript-Bogen*.²⁴ Alle Instrumente können in ihrem Wortlaut im Anhang der Arbeit nachgelesen werden (Anhang 11.2, 11.3, 11.4, 11.5).

²⁴ In Abhängigkeit von der befragten Personengruppe wurden die einzelnen Instrumente in einigen Themenbereichen modifiziert. So gibt es im Leitfaden für ambulante Pflegekräfte einen zusätzlichen Fragenkomplex, der allgemeine Viktimisierungserfahrungen thematisiert, die über das konkrete Pflegesetting hinausgehen. Diese fallübergreifenden Erfahrungen von Pflegekräften sind nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Hiermit beschäftigt sich GERLACH (2008), die auf Basis der qualitativen Interviews die Perspektive beruflich Pflegenden analysiert.

Zu Beginn des Gespräches und in der Regel mit Beginn der digitalen Aufzeichnung²⁵ stand die Erhebung der soziodemografischen Strukturmerkmale des Pflegesettings und der interviewten Person mittels eines Sozialdatenbogens. Er beinhaltete die Aspekte Geschlecht, Alter, Haushaltstruktur, Bildungsniveau, berufliche Qualifikation, Berufstätigkeit, Dauer der Pflegebeziehung und die Höhe der Pflegestufe. Handelte es sich bei den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern um eine ambulante Pflegekraft, wurden ebenso Daten zum Arbeitsumfeld erfasst.

Der Interviewleitfaden²⁶, welcher während des sich anschließenden Gespräches als Orientierungsrahmen und Gedächtnisstütze diente (vgl. BOHNSACK, MAROTZKI & MEUSER 2003: 114), bestand aus Leitfragen. Diese waren in jedem Interview entweder direkt zu stellen oder sollten zumindest inhaltlich abgearbeitet werden. Daneben stand es natürlich jedem Interviewenden frei, bei Verständnisproblemen oder sich widersprechenden Aussagen vertiefende Ergänzungsfragen zu stellen. Drohten die Interviewten, sehr stark vom thematischen Rahmen abzuweichen, durften die Interviewenden intervenieren.

Kriminologisch relevante Fragen zu Vorkommnissen physischer, verbaler bzw. finanzieller Gewalt kamen erst gegen Ende des Interviews zur Sprache. Dieser Aufbau liegt darin begründet, dass im anfänglichen Interviewverlauf zunächst ein Vertrauensverhältnis zwischen den Interagierenden aufgebaut werden musste. Tabelle 11 fasst alle zentralen Themenfelder des Interviewleitfadens für pflegende Familienangehörige zusammen.

Nach Beendigung des Interviews gaben die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner in Form von sechs Ratingskalen (summarische Ratings) eine abschließende Beurteilung ab, z. B. zur eigenen Lebenszufriedenheit, gesundheitlichen Verfassung und dem Belastungsempfinden während des Interviews.

Auch seitens der Interviewenden folgte eine Einschätzung sowohl der objektiven Rahmenbedingungen als auch der persönlichen Eindrücke des Gesprächsverlaufes. Ein sogenannter Postscript-Bogen wies u. a. Angaben zum Ort und zur Dauer des Gespräches sowie Störungen oder die Anwesenheit Dritter aus. Ferner konnten vor und nach Beginn der Aufzeichnung ausgetauschte Informationen, zentrale Inhalte, thematische Auffälligkeiten oder erste Interpretationsideen in dieses Formular eingetragen werden.

²⁵ Um die authentische und vor allem präzise Erfassung des Kommunikationsprozesses zu gewährleisten, wurden alle Interviews mithilfe eines MP3-Aufnahmegerätes aufgezeichnet. Die Interviewenden konnten sich so auf das Gespräch und nonverbale Äußerungen konzentrieren.

²⁶ Der Leitfaden integriert Erkenntnisse aus dem aktuellen Forschungsstand und einschlägigen Theorien.

Tabelle 11: Zentrale Themenfelder des Interviewleitfadens für pflegende Familienangehörige

<i>ZENTRALE THEMENFELDER</i>	
–	Tagesablauf und regelmäßige Aktivitäten
–	Motive zur Übernahme pflegerischer Aufgaben und deren Vorgeschichte
–	Beschreibung der körperlichen, geistigen und emotionalen Verfassung des Pflegebedürftigen zurückliegend, aktuell und zukünftig
–	Hilfe- und Unterstützungsleistungen innerhalb des Pflegearrangements
–	Wahrgenommene Pflegequalität, pflegerische Vernachlässigung, unzureichende Pflege
–	Einschätzung der Selbst- und Fremdgefährdung des Pflegebedürftigen
–	Freiheitseinschränkende Maßnahmen
–	Veränderungen in der Lebenssituation des Familienangehörigen seit Übernahme der Pflege und dessen aktuelle Befindlichkeit
–	Vom Pflegenden erlebte soziale Unterstützung
–	Beziehungsqualität zum Pflegebedürftigen vor und nach Übernahme pflegerischer Tätigkeiten
–	Konfliktsituationen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden
–	Aggressive Verhaltensweisen (physisch, verbal) seitens des Pflegebedürftigen gegenüber dem Pflegenden
–	Aggressive Verhaltensweisen (physisch, verbal) seitens des Pflegenden gegenüber dem Pflegebedürftigen
–	Viktimisierungen des Pflegebedürftigen durch Dritte (physisch, verbal und finanziell)
–	Möglichkeit, Offengebliebenes anzusprechen
–	Entscheidungspräferenz bei hypothetischer erneuter Pflegeübernahme des Angehörigen

Quelle: GÖRGEN, HERBST & RABOLD 2006: 82

Alle Erhebungsinstrumente wurden im Verlauf des Jahres 2005 in zwei Pretest-Stufen erprobt. Im Unterschied zur Haupterhebung wurden die Teilnehmenden im Anschluss des Interviews gebeten, die Angemessenheit und Formulierung der Fragen einzuschätzen. Die so neu gewonnenen Erkenntnisse flossen direkt in die endgültige Ausgestaltung der Instrumente ein.

6.2.2 Feldzugang, Forschungsethik und Grenzen der Datenerhebung

Feldzugang

Zwischen November 2005 und Juni 2006 wurden die qualitativen, leitfadengestützten Interviews in Berlin, im Großraum Hannover und im ländlichen Südniedersachsen um Göttingen durchgeführt. Die Autorin war für die Planung und Steuerung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern im Großraum Berlin verantwortlich. Dazu gehörte die lokale Rekrutierung von geeigneten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern entlang der Kriterien des Stichprobenplanes. Insgesamt führte sie rund 40 Interviews selbst und beteiligte sich an zahlreichen Arbeitstreffen, die der ersten Analyse des Interviewmaterials dienten.

Zielgruppe der Gespräche waren Familien, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme einen älteren Menschen ab 60 Jahren im häuslichen Umfeld pflegten. Dieses Kriterium klammerte die Teilnahme von pflegebedürftigen Menschen aus, die allein durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt wurden. Lag aufseiten des pflegebedürftigen Menschen eine bereits diagnostizierte Demenzerkrankung vor, verzichtete das Projektteam wegen des eingeschränkten Verständnishorizontes und der reduzierten verbalen Ausdrucksfähigkeit auf ein Interview. Es wurden dann ausschließlich Gespräche mit den Angehörigen bzw. den professionell Pflegenden geführt.²⁷

Bei der Rekrutierung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern kombinierte das Forscherteam diverse Zugangswegen miteinander. So basierte die Suche von *Pflegearrangements ohne ambulanten Dienst* primär auf Presseveröffentlichungen in den hiesigen Tages- und Wochenzeitungen der drei Erhebungsregionen. Um potenzielle Teilnehmende nicht abzuschrecken, vermied man die Worte „Kriminalität“ oder „Gewalt“ und sprach stattdessen von „Problemen“ oder „Belastungen“ wie beispielhaft in folgender Veröffentlichung vom 2. November 2005 im Stadtteilmagazin Berliner Woche:

„Studie über familiäre Pflege: Berlin. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen sucht Gesprächspartner, die einen älteren Angehörigen ohne ambulante Hilfe pflegen. In einer Studie soll untersucht werden, wie Familien mit Pflegebedürftigkeit umgehen. Probleme sollen rechtzeitig erkannt werden und Hilfen bei der familiären Pflege verbessert werden. Weitere Infos unter 26 07 40 79 oder nachtmann@dza.de“.

²⁷ Es gab eine Reihe von Familien, bei denen die kognitiven Einschränkungen des pflegebedürftigen Menschen seitens der Angehörigen nicht hinreichend wahrgenommen wurden, sodass sich erst vor Ort eine fehlende Befragungsfähigkeit abzeichnete.

Fühlten sich pflegende Angehörige von den Pressetexten angesprochen, so nahmen sie per E-Mail oder telefonisch Kontakt zum Projektteam auf. Um den Interessierten die Hintergründe und Ziele der Studie näher zu bringen, wurde nach der ersten Kontaktaufnahme ein Anschreiben mit Informationsblatt verschickt (Anhang 11.6). Nach ein paar Tagen nahm das Team erneut Kontakt auf und vereinbarte schließlich einen Interviewtermin vor Ort. Handelte es sich um einen gemeinsamen Haushalt von Pflegenden und Gepflegten, wurden nach Möglichkeit die Gespräche mit der Hauptpflegeperson sowie dem befragungsfähigen, pflegebedürftigen Familienangehörigen zeitlich parallel, aber räumlich getrennt voneinander geführt.

Pflegearrangements mit einem ambulanten Dienst wurden überwiegend über diesen gewonnen. Die Basis dafür bildete eine Zufallsstichprobe aus den Adressdaten aller ambulanten Dienste in der jeweiligen Region.²⁸ An die ausgewählten Dienste trat das Forscherteam telefonisch heran und bat um Unterstützung bei der Vermittlung von Pflegesettings, die über Probleme in der häuslichen Pflege berichten können.²⁹ Befürwortete die Geschäftsführung die Anfrage, wurden auch hier Informationsblätter versendet. Zudem lagen dem Schreiben mehrere Antwortbögen bei, die von den Mitarbeitenden des Dienstes an potentielle Familien ausgeteilt werden konnten (Anhang 11.7). Bestand Interesse an einem Interview, leiteten die Pflegekräfte nach vorheriger schriftlicher Zustimmung die Telefonnummern an das Projektteam weiter und ein Gesprächstermin wurde vereinbart. Interviews mit den Pflegekräften des jeweiligen Settings verliefen mehrheitlich in den Räumlichkeiten des ambulanten Pflegedienstes.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Konstellation ergaben sich pro Pflegearrangement zwischen einem und drei Interviews: ein Interview bei Demenzzpflege ohne ambulanten Dienst, zwei Interviews bei Demenzzpflege mit ambulantem Dienst oder Nichtdemenzzpflege ohne Unterstützung eines ambulanten Dienstes, drei Interviews bei Nichtdemenzzpflege mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes.

²⁸ In Berlin bietet die Internetseite <http://www.hilfelotse-berlin.de> die Möglichkeit, gezielt Hilfsangebote nachzuschlagen. Über diese Suchfunktion konnten im Herbst 2005 insgesamt 385 Pflegedienste selektiert werden. Die Statistiksoftware SPSS 15 zog per Zufallsgenerator Adressen aus der Gesamtstichprobe.

²⁹ Trotz des Hinweises auf den Untersuchungsschwerpunkt wurden seitens der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich harmonische Familienbeziehungen angesprochen. Es liegt die Vermutung nahe, dass der Zugang zu diesen Klientinnen und Klienten leichter hergestellt werden konnte.

An der Realisierung der qualitativen Interviews beteiligten sich aufgrund der räumlichen Entfernung der Erhebungsorte und der geplanten Anzahl an Interviews acht Interviewende. Sie gehörten den Fachbereichen Psychologie, Sozialwissenschaften bzw. Soziologie an. Gemeinsame Treffen fanden sowohl im Vorfeld des Einsatzes im Rahmen einer Schulung als auch während der Feldphase statt. Bei diesen Arbeitssitzungen besprach das Forscherteam, zu dem ebenso die Autorin zählte, neben dem weiteren Vorgehen auch den Verlauf, inhaltliche Schwerpunkte sowie aufgetretene Probleme der bereits geführten Interviews.

Forschungsethik

Alle Interviewten wurden vor Beginn der Aufzeichnung über die ethischen Standards des Forschungsprojektes aufgeklärt.³⁰ Dies umfasste den Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Vertraulichkeit bzw. Gewährung von Anonymität im Umgang mit den erhobenen Daten.

Einige Familien erhofften sich, durch die Interviewenden über lokale Angebote der Unterstützung und Entlastung informiert zu werden. Im Sinne der sozialen Verantwortung, Wertschätzung und Fürsorge von Forschenden gegenüber den Studienteilnehmenden (vgl. KRUSE 2015: 639) hat das Projektteam für jede Region einen Handzettel erarbeitet, welcher die wichtigsten Anlaufstellen im Themenfeld Pflege zusammenfasste.

Grenzen der Datenerhebung

Über einschlägige Beratungs- und Hilfeeinrichtungen wurde der Versuch unternommen, gezielt problematische Pflegesettings in die Stichprobe aufzunehmen. Eine enge Zusammenarbeit erfolgte u. a. mit dem Berliner Krisentelefon *Pflege in Not* sowie der Bonner Initiative *Handeln statt Misshandeln* (HsM). Allerdings gelang die Rekrutierung solcher Interviewpartnerinnen und Interviewpartner nur in einem sehr geringen Umfang. Das hing einerseits mit der Schwerpunktsetzung dieser Einrichtungen zusammen. Sie konzentrieren sich zum Teil auf den stationären Bereich. Andererseits nahm aber auch die Anbahnung eines Gespräches deutlich mehr Zeit in Anspruch. Die angesprochenen Personen waren sehr skeptisch, sich auf ein Interview einzulassen. Diese zeitintensive Anbahnung für ein Gespräch sah der Projektplan für die Phase der Datenerhebung nicht vor.

³⁰ Für das Projekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* lag keine Zustimmung einer Ethikkommission vor. Eine solche Konsultation vor Beginn eines Forschungsvorhabens war zum damaligen Zeitpunkt nicht üblich und fehlt daher.

6.2.3 Gesamtstichprobe und Bedingungen der Fallauswahl

Gesamtstichprobe im Projekt KuGiLaM

Im Zuge der *qualitativen Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings* wurden insgesamt 89 pflegende Angehörige, 32 pflegebedürftige Menschen und 44 ambulante Pflegekräfte befragt. Hinter der Gesamtsumme von 165 Einzelinterviews verbergen sich 90 Pflegesettings. Sie resultieren aus der Zusammenfassung aller Mitglieder einer Pflegebeziehung.

Tabelle 12 beschreibt die Verteilung der Pflegesettings entlang der drei relevanten Merkmale der Stichprobenbildung: 1.) Pflegesettings mit und ohne Unterstützung eines ambulanten Pflegediensts 2.) Pflegesettings mit und ohne einen dementiell erkrankten Angehörigen 3.) intragenerationale Pflegesettings (überwiegend zwischen Ehepartnern) versus intergenerationale Pflegesettings (größtenteils zwischen (Schwieger-)Kindern und (Schwieger-)Eltern).³¹

Tabelle 12: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings (Gesamtstichprobe)

<i>Generationenbezug und Pflege- dienstbeteiligung</i>	<i>Pflege demen- tiell Er- krankter</i>	<i>Pflege nicht dementiell Erkrankter</i>	<i>Demenz unklar</i>	<i>Gesamt</i>
Intragenerationale Pflegesettings	22	19	7	48
mit ambulantem Dienst	13	14	3	30
ohne ambulanten Dienst	9	5	4	18
Intergenerationale Pflegesettings	18	22	2	42
mit ambulantem Dienst	8	12	1	21
ohne ambulanten Dienst	10	10	1	21
Gesamt	40	41	9	90

Quelle: GÖRGEN 2010: 217

Zusätzlich wurden 14 Personen durch vertiefende Einzelgespräche bzw. 18 Personen durch Gruppendiskussionen erreicht (vgl. GÖRGEN 2010: 214). Sie sind nicht Gegenstand der Tabelle. Zu ihnen gehören Experteninnen und Experten aus den Bereichen Pflegebegutachtung, Pflegeberatung, Krisenintervention und Selbsthilfe. Sie fließen in die weitere Analyse nicht ein.

³¹ Eine umfängliche Darstellung der Gesamtstichprobe nach weiteren Kriterien wie bspw. Alter und Geschlecht der Interviewten kann bei GÖRGEN (2010) nachgelesen werden.

Bedingungen der Fallauswahl für die vorliegende Arbeit

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf intergenerationalen Beziehungen, d. h. Beziehungen zwischen alt gewordenen Eltern und ihren erwachsenen Kindern. Pflegearrangements zwischen (Ehe-)Paaren werden deshalb aus den vertiefenden Analysen ausgeschlossen. Zugleich werden Pflegesettings mit einem dementiell erkrankten Angehörigen nicht berücksichtigt. Dies lässt sich damit begründen, dass bei den sogenannten Demenzsettings wegen der kognitiven und sprachlichen Einschränkungen der pflegebedürftigen Person nur eine eindimensionale Beurteilung der Pflegebeziehung vorliegt. Um indes ein vollständiges Bild der Familiensituation und -dynamik zeichnen zu können, müssen die Blickwinkel aller Beteiligten beleuchtet werden.

Darüber hinaus werden aus der Gesamtstichprobe alle unvollständigen Pflegesettings entfernt. Es handelt sich hierbei um Familien, bei denen zum Zeitpunkt der Gesprächsaufzeichnung die pflegebedürftige Person entweder verstorben war oder das Interview verweigerte. Weitere Pflegesettings konnten wegen technischer Aufnahmeprobleme nicht in die Analysen einbezogen werden. Zwar ersetzten die Interviewenden fehlende Textpassagen durch Gedächtnisprotokolle, allerdings waren diese nach Meinung der Autorin durch persönliche Eindrücke und Interpretationen verzerrt.

Die Anzahl der zu untersuchenden Familien (intergenerationale Pflegesettings ohne einen dementiell erkrankten Angehörigen) reduziert sich demnach von 22 auf zehn. Tabelle 13 fasst die drei interviewten Gruppen pflegebedürftige alte Eltern, pflegende erwachsene Kinder und ambulante Pflegekräfte systematisch zusammen.

Tabelle 13: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings (Fallauswahl)

<i>Generationenbezug und Pflege- dienstbeteiligung</i>	<i>Pflegebedürftige, alte Eltern</i>	<i>Pflegende, erwachsene Kinder</i>	<i>Ambulante Pflegekräfte</i>	<i>Gesamt</i>
Intergenerationale Pflegesettings	10	10	3	23
mit ambulantem Dienst	3	3	3	9
ohne ambulanten Dienst	7	7	/	14

Quelle: Eigene Darstellung

Eine ausführliche Beschreibung aller zehn ausgewählten Pflegesettings folgt in Kapitel 8.1.

6.2.4 Auswertungsstrategien, Kategorienbildung und Qualitätssicherung

Auswertungsstrategien und Kategorienbildung

Alle aufgezeichneten Interviews wurden wörtlich transkribiert. Sprachliche Besonderheiten, wie der Dialekt der Interviewten, wurden außer Acht gelassen. In erster Linie kommt es bei der Auswertungsstrategie dieser Arbeit darauf an, die thematisch relevanten Aussagen der Interviewten zu analysieren und nicht, linguistische Spezifika des Textes zu interpretieren.

Die Analyse des umfangreichen Datenmaterials orientiert sich am Ablaufschema der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. KUCKARTZ 2014b; MAYRING 2015; SCHREIER 2012). Trotz verschiedener Varianten besteht der Kern dieser interpretativen Methode darin, ausgewählte Textbedeutungen zusammenfassend zu beschreiben. Für die Interpretation der Texte bildet ein Kategoriensystem die Basis. Dabei unterliegen die einzelnen Analyseschritte einem systematischen und regelgeleiteten Vorgehen, das sich an den Gütekriterien der qualitativen Forschung ausrichtet (vgl. SCHREIER 2014). Aus der Fülle an verschiedenen Auswertungsstrategien wurde die *inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* ausgewählt, die als zentrale Variante der qualitativen Inhaltsanalyse gilt (ebd.). Im Mittelpunkt steht die Erfassung der Inhalte. Entlang eines mehrstufigen Analyseverfahrens werden ausgewählte Themen extrahiert, strukturiert und beschrieben.

Zu Beginn wurden aus der Fragestellung, dem theoretischen Vorwissen und dem Interviewleitfaden der Forschungsarbeit sogenannte Hauptkategorien deduktiv abgeleitet, die relevante Aspekte der familialen häuslichen Versorgung alter Menschen unter Berücksichtigung von Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen darstellen. Dafür konnte die Autorin auf ein bestehendes Kategoriensystem aus dem Projekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* aufbauen. Allerdings musste dieses grundlegend überarbeitet werden. Denn bei der Analyse aller 90 Pflegesettings waren bestimmte Themenfelder wenig oder gar nicht im Fokus, so etwa das Thema familiäre Beziehungsmerkmale oder intergenerationale Ambivalenzerfahrungen. Dieser Teil des Kategoriensystems wird *Codebaum für die Fallanalyse* genannt. Er besteht aus inhaltlichen und analytischen Kategorien (vgl. KUCKARTZ 2014: 43).

Zusätzlich führt das hier verwendete Kategoriensystem Hauptkategorien, die Fakten und Merkmale der Pflegesettings wie soziodemographische Angaben oder Details zum Tagesablauf der Familien zeigen. Dieser Teil des Kategoriensystems verbindet alle Hauptkategorien mit einem deskriptiven Charakter und wird als *Codebaum für die Fallbeschreibung* bezeichnet. Er ist für die Kurzportraits aller zehn Pflegearrangements essentiell (Kapitel 8.1).

Das Kategoriensystem schließt mit dem Code *nicht relevante Textstellen*. Darunter werden Textpassagen zusammengefasst, die für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit nicht von Bedeutung sind. Hierzu zählen Viktimisierungen durch Dritte bspw. unseriöse Geschäfte an der Haustür. Alle Hauptkategorien des Kategoriensystems der qualitativen Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings sind in Tabelle 14 abgebildet.

Tabelle 14: Hauptkategorien des Kategoriensystems der qualitativen Interviewstudie

<i>Codebaum für die Fallbeschreibung</i>	<i>Codebaum für die Fallanalyse</i>
Angaben aus dem Sozialdatenbogen	Motive zur Übernahme der Pflege
Beschreibung des Pflegealltages	Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder
Beschreibung des Gesundheitszustandes	Belastungsfaktoren seitens pflegebedürftiger Eltern
Inanspruchnahme von Hilfsangeboten	Ebene der Familienbeziehung
Erfahrungen im Versorgungssystem	Ambivalenzerfahrungen
	Problematische Verhaltensweisen
	Keine problematischen Verhaltensweisen
	Ausblick (Schluss)
<i>Nicht relevante Textstellen</i>	

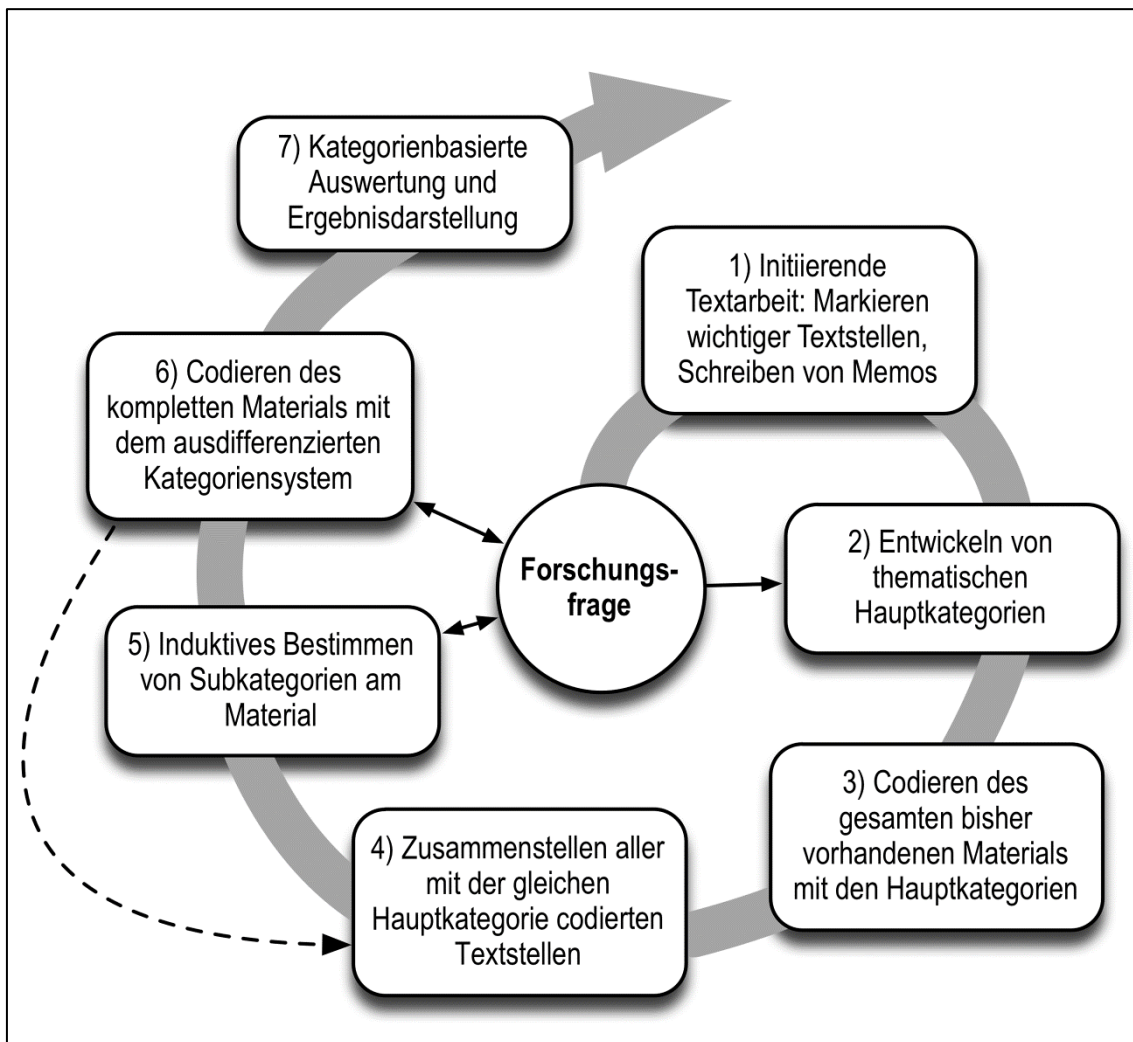
Quelle: Eigene Darstellung

Zunächst sind alle 23 transkribierten Interviews grob entlang der erarbeiteten Hauptkategorien codiert worden. Für die Zuordnung von Textstellen zu Kategorien kamen ein vollständiger Satz bzw. ein oder mehrere Absätze als Codiereinheit infrage. In seltenen Fällen reichte eine Wortgruppe aus. Die Fragen der Interviewenden wurden mitcodiert.

Im Anschluss wurde das Kategoriensystem induktiv am Datenmaterial weiter ausdifferenziert und um sogenannte Subkategorien ergänzt. Dazu wurden alle Textstellen einer Hauptkategorie zusammengetragen. Bei der intensiven Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial haben sich neue relevante Dimensionen herauskristallisiert. So ließ sich zum Beispiel die Hauptkategorie *Motive zur Übernahme der Pflege* in fünf Subkategorien ausdifferenzieren *Dankbarkeit*, *Biografische Passung*, *Finanzielle Aspekte*, *Verantwortungs- bzw. Pflichtgefühle* sowie *Keine akzeptable Alternative*.

Mit dem verfeinerten Kategoriensystem wurde das gesamte Interviewmaterial erneut vollständig durchlaufen. Das detaillierte Ablaufschema einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse gibt Abbildung 7 wieder.

Abbildung 7: Ablaufschema einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse



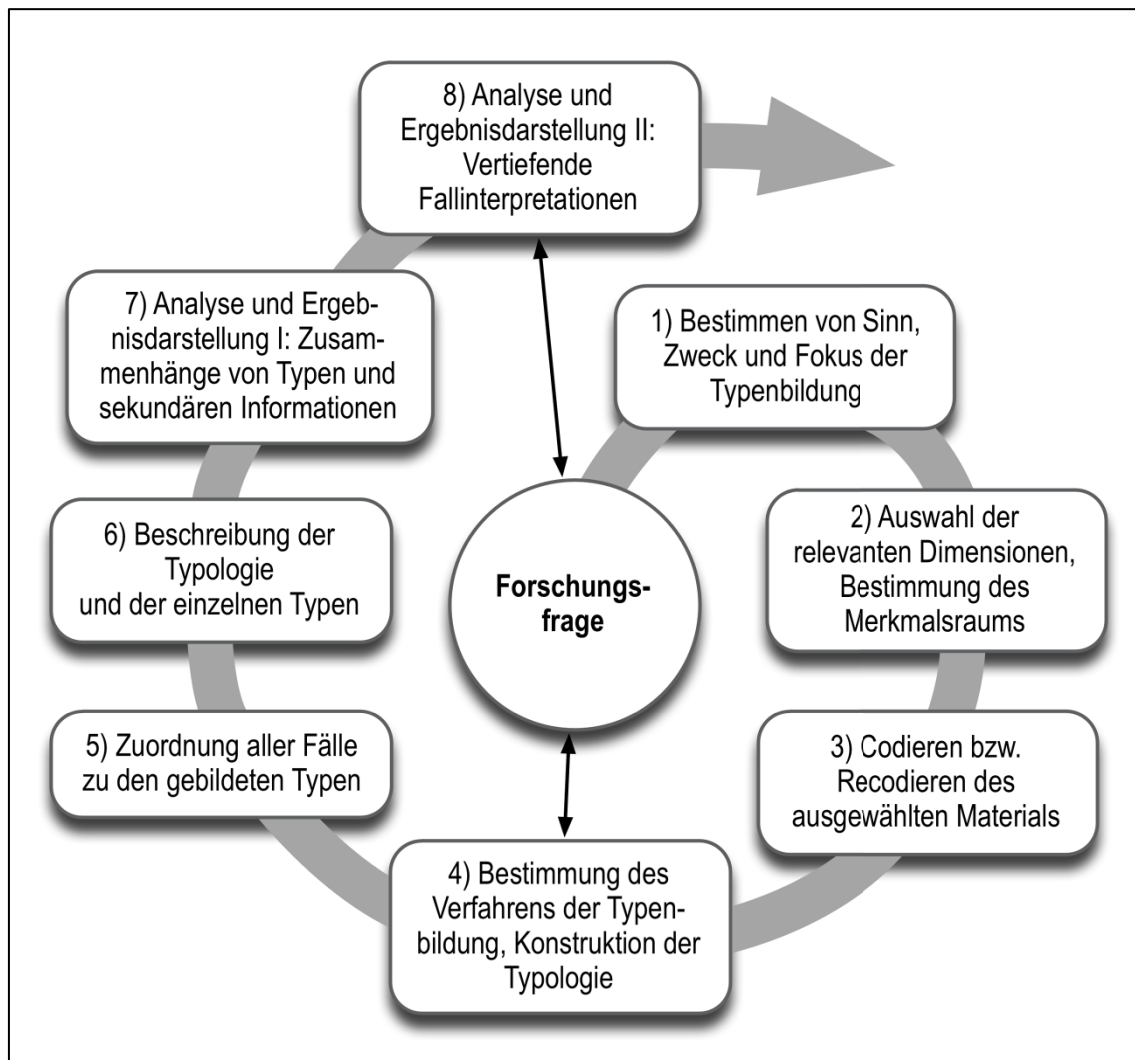
Quelle: KUCKARTZ 2014: 78

Nach dem Abschluss der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse bietet es sich an, mit einer zweiten Auswertungsstrategie an das Datenmaterial heranzutreten, um „die Ergebnisse (...) weiter aufzubereiten und zu verdichten“ (SCHREIER 2014: Absatz 35). Hierbei handelt es sich um eine typenbildende qualitative Inhaltsanalyse. Dieses Verfahren zielt darauf ab, empirische Einzelfälle entlang mehrdimensionaler Muster in bestimmte Gruppen zu unterteilen (vgl. KLUGE 1999; KUCKARTZ 2014).

“By creating a typology, you sort your cases into groups in such a way that the cases making up one group are similar to each other in some way, and the cases that go into different groups are different from each other” (SCHREIER 2012: 229).

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit können insbesondere mit Blick auf die qualitativen Aspekte von familialer Beziehungsentwicklung hierzu interessante Anknüpfungspunkte abgeleitet werden. Der Ablauf der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse wird in Abbildung 8 skizziert.

Abbildung 8: Ablaufschema einer typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse



Quelle: KUCKARTZ 2014: 124

Qualitätssicherung

Als Regelwerk für den Prozess des Codierens wurde ein *Codierleitfaden* entwickelt, der die Haupt- und Subkategorien anhand expliziter Definitionen präzisiert. Diese wurden mit Ankerbeispielen untersetzt. Das sind charakteristische Originaltextstellen aus den Interviews, „die als Musterbeispiele für eine Kategorienzuordnung dienen können“ (MAYRING & BRUNNER 2010: 327-328). Ausschnitte des Codierleitfadens sind in die Ergebnisdarstellung eingeflossen. Dort werden die Subkategorien und Definitionen ausführlich beschrieben (Kapitel 8).

Ein weiteres Element zur Sicherung der Qualität des Codierprozesses ist die *intersubjektive Reliabilitätsprüfung*. Dabei ordnen mindestens zwei Personen voneinander unabhängig ausgewählte Textpassagen den Subkategorien des erarbeiteten Kategoriensystems zu. Dieser Prüfschritt wurde in der vorliegenden Studie vorgenommen, nachdem die Hälfte des Datenmaterials gesichtet worden war. Dafür konnte die Online-Gruppe *Leuchtfener* am Institut für

Qualitative Forschung der Freien Universität Berlin gewonnen werden, welcher die Autorin von 2009 bis 2012 angehörte.³²

Während eines Online-Chats wurden zwei Mitgliedern der Gruppe Ausschnitte eines Interviews vorgelegt. In der Vorbereitung wurden sie von der Autorin um die Zuordnung von elf Codiereinheiten zu 68 möglichen Subkategorien des Kategoriensystems gebeten. Anschließend wurde in Anlehnung an SCHREIER (2012: 170 ff.) der prozentuale Grad der Übereinstimmung berechnet.

Tabelle 15: Grad der InterCoder-Übereinstimmung, in %

<i>Codiereinheit</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Gesamt
<i>Person1 (t1)</i>	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	64 %
<i>Person2 (t1)</i>	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	64 %
<i>Person3 (t2)</i>	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	82 %

Quelle: Eigene Darstellung

Wie Tabelle 15 entnommen werden kann, lag zum Zeitpunkt t1 die prozentuale Übereinstimmung beider Personen bei 64 %. Dies ist ein moderater Wert, den es bei einer zweiten Reliabilitätsprüfung zu erhöhen galt. Besonders auffallend ist, dass die Codiereinheiten 7, 8 und 10 von beiden Personen falsch zugeordnet wurden. Das wird von der Null in den Zellen der Tabelle repräsentiert und stellt somit ein Signal dar, dass die Definitionen bzw. die Trennschärfe der betreffenden Kategorien überprüft werden muss. Nach den entsprechenden Anpassungen konnte zum Zeitpunkt t2 der Grad der InterCoder-Übereinstimmung auf 82 % erhöht werden.

Gleichfalls beteiligten sich die Mitglieder der Online-Gruppe *Leuchtfener* an der Weiterentwicklung des Kategoriensystems. So wurden codierte Interviewausschnitte gemeinsam besprochen. Bei diesem *konsensuellen Verfahren* wurden die Codierungen der Autorin kritisch auf Übereinstimmungen und Differenzen diskutiert. Auf dieser Basis nahm die Autorin Anpassungen vor und hat so fortlaufend das Kategoriensystem evaluiert.

³² Die *Netzwerkstatt* bildet das Dach der insgesamt vier Online-Gruppen. Dort werden standortunabhängig Studierende, Promovierende und Habilitierende aller Disziplinen begleitet, die sich im Rahmen ihrer Qualifikationsarbeit mit qualitativen Forschungsmethoden auseinandersetzen (vgl. BARGFREDE, MEY & MRUCK 2009). Weitere Informationen können unter <http://www.qualitative-forschung.de/netzwerkstatt/index.html> nachgelesen werden.

6.3 Quantitative Fragebogenstudie

Die Kombination von qualitativen und quantitativen Verfahren ist ein Weg, durch unterschiedliche Blickwinkel auf den Forschungsgegenstand die Tiefe und Weite der Ergebnisse zu erhöhen. Nachfolgend werden die Merkmale der quantitativen Fragebogenstudie vorgestellt.

6.3.1 Fragebogen und Messinstrumente

Fragebogen

Bei der Entwicklung des quantitativen Erhebungsinstrumentes wurden Elemente des Fragebogens für ambulante Pflegekräfte (Kapitel 3.1.2) integriert (vgl. GÖRGEN 2010). Stärker jedoch als dort richtet sich der Blick der vorliegenden Befragung auf familiendynamische Prozesse. So wird der Fokus bspw. auf die wahrgenommenen Veränderungen in der Beziehung zueinander oder die Motivationen seit der Übernahme pflegerischer Aufgaben gelegt. Breiten Raum nehmen erneut Konfliktpotenziale sowie aggressives und gewalttätiges Verhalten ein.

Der schriftlich-postalische Fragebogen *Pflege älterer Menschen in der Familie*, den das Projektteam entwickelte, umfasst inklusive Titelblatt und Hinweisen 22 Seiten. Ein Zusatzbogen von fünf Seiten war auszufüllen, wenn die Teilnehmenden zum Befragungszeitpunkt mehr als eine Person pflegten. Inhaltlich wurden sechs Schwerpunkte gesetzt. Jeder Schwerpunkt umfasst einen Fragenkomplex. Dazu zählen: *Angaben zur Person* (Fragen 1 bis 17), *Fragen zu Ihnen und Ihrer/Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen* (Fragen 18 bis 38), *Sie und Ihr Befinden* (Fragen 39 bis 42), *Fragen zu Ihrem Pflegedienst* (Fragen 43 bis 51), *Belastungen und Belohnungen in der Pflege* (Fragen 52 bis 59) sowie *Problematische Verhaltensweisen in der familiären Pflege* (Fragen 60 bis 62). Der vollständige Fragebogen ist im Anhang der Arbeit zu finden (Anhang 11.1).

Messinstrumente

Für die Beantwortung der zentralen Fragen und Hypothesen dieser Studie sind nicht alle Variablen des Fragebogens relevant. Nachfolgend werden jene ausführlich charakterisiert, die für die Ergebnisdarstellung bedeutsam sind. So geht die quantitative Fragebogenstudie der Frage nach, welche gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen pflegebedürftige, alte Menschen durch pflegende Familienangehörige erleiden. Zur Erfassung selbstberichteter, problematischer Verhaltensweisen wurden 29 Items für den Zeitraum der letzten 12 Monate abgefragt. Auch die Häufigkeit der unterschiedlichen Verhaltensweisen in den letzten 12 Monaten sollte durch die Befragten angegeben werden. Tabelle 16 gibt den Wortlaut aller Items wieder. Zugleich ist deren Herkunft aufgelistet.

Tabelle 16: Items zur Erfassung selbstberichteter Misshandlung und Vernachlässigung

<i>Misshandlungs- und Vernachlässigungsitems (29 Items)</i>	<i>Herkunft</i>
Haben Sie in den letzten 12 Monaten ...	
Physische Misshandlung (8 Items)	
Ihre/n Angehörige/n verprügelt?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n grob angefasst?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n geohrfeigt?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n gewürgt?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n geschubst oder gestoßen?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n getreten?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n mit der Faust geschlagen?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n zu heiß o. zu kalt gebadet/geduscht?	Görgen
Psychische Misshandlung (10 Items)	
Ihre/n Angehörige/n beschimpft?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n absichtlich beleidigt?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n ausgelacht?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n absichtlich geärgert?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n angeschrien?	CTS2
Ihre/n Angehörige/n vor anderen lächerlich gemacht?	Görgen
Schamgefühle Ihrer/s Angehörige/n absichtlich verletzt?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n respektlos behandelt?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n mit Worten bedroht?	Görgen
die Wünsche Ihrer/s Angehörige/n absichtlich ignoriert?	Rabold
Pflegerische Vernachlässigung (7 Items)	
Ihre/n Angehörige/n absichtlich nicht gewaschen?	Görgen
Ihre/m Angehörige/n nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen?	Görgen
Ihre/n Angehörige/n nicht rechtzeitig gelagert?	Görgen
die Verletzung Ihrer/s Angehörige/n nicht sorgfältig genug versorgt?	Görgen
die Mundpflege Ihrer/s Angehörige/n vernachlässigt?	Görgen
die Wäsche Ihrer/s inkontinenten Angehörige/n nicht gewechselt?	Görgen
Mechanische und medikamentöse Freiheitseinschränkung (2 Items)	
Ihre/n Angehörige/n in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, um weniger Mühe mit ihr/ihm zu haben?	Görgen
Ihre/m Angehörige/n ruhigstellende Medikamente gegeben, um weniger Mühe mit ihr/ihm zu haben?	Görgen
Finanzielle Ausbeutung (1 Item)	
Ihre/m Angehörige/n Geld/Wertgegenstände unerlaubt weggenommen?	Rabold
Sexuelle Misshandlung (1 Item)	
Ihre/n Angehörige/n sexuell belästigt?	CTS2

Quelle: vgl. BAUER 2007: 39; RABOLD & GÖRGEN 2007: 369

Die Items gehören zum Teil der revidierten *Conflict Tactics Scale* (CTS2) an (vgl. STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY & SUGARMAN 1996).³³ Die ist ein Instrument, das zur Messung von Gewalt in Partnerschaften am weitesten verbreitet ist (vgl. STRAUS & DOUGLAS 2004). Zusätzlich flossen Items einer Untersuchung von GÖRGEN (2004) bzw. RABOLD (2006) in die entwickelte Skala³⁴ ein, die im Ergebnisteil als *abhängige, zu erklärende Variable* auftritt.

Andererseits steht im Zentrum der Fragebogenerhebung die Suche nach Faktoren, die einen Einfluss auf gewalttätige Handlungen und Vernachlässigungen gegen pflegebedürftige, alte Menschen haben können. Diese Faktoren werden *unabhängige, erklärende Variablen* genannt. Im Ergebnis der Operationalisierung wurden bewährte und eigene Skalen in den Gesamtfragebogen *Pflege älterer Menschen in der Familie* eingeflochten.

Um die *subjektiv erlebten Belastungen* der familial Pflegenden zu erheben, wird auf das *Maslach Burnout Inventory* (MBI-D) zurückgegriffen (vgl. MASLACH, JACKSON & LEITER 1996). Insbesondere acht Items der Subskala *emotionale Erschöpfung*, welche aus der deutschen Fassung von BÜSSING & PERRAR (1992) stammen, dienen der Erfassung von Belastungen im Pflegealltag. Da sich das Originalinstrument auf arbeitsbezogene Belastungserlebnisse konzentriert, war eine Modifizierung für die Zielgruppe der privat Pflegenden erforderlich. Die entwickelte Skala reicht von 1 „so etwas kommt nie vor“ bis 5 „so etwas kommt sehr oft vor“. Die Analyse der internen Konsistenz bestätigt einen hohen Wert (Cronbach's Alpha=0.89).

Zugleich sollten pflegende Angehörige Auskunft darüber geben, welche Strategien sie im Umgang mit Belastungen entwickelt haben. Diese können grob danach unterschieden werden, ob sie gesundheitsförderlicher und funktionaler oder gesundheitsschädigender und dysfunktionaler Natur sind. Als *dysfunktionale Coping-Strategien* spielen der Konsum von Alkohol und Medikamenten eine Rolle (vgl. LAZARUS & FOLKMAN 1984). Denn sie gelten als Prädiktoren für problematische Verhaltensweisen (Kapitel 3.2).

³³ Die Skalen *Injury* (6 Items) und *Sexual Coercion* (7 Items) wurden ausgeschlossen. Die Gründe dafür sind vielfältig. So schien die zweite Skala für die Zielgruppe der Fragebogenstudie, die erwachsene Kinder als pflegende Angehörige umfasst, unangemessen. Auf die erste wurde wegen ihres Umfangs verzichtet.

³⁴ In Anlehnung an die Begriffsdefinition von Gewalt (Kapitel 2) subsumiert die Autorin den Aspekt der *psychosozialen Vernachlässigung* (vgl. Item *Wünsche absichtlich ignorieren*) unter den Bereich *psychische Misshandlung*. Das Projekt KuGiLaM geht einen anderen Weg und ordnet das Item dem Bereich *Vernachlässigung* zu.

Zur Messung *depressiver Symptome von pflegenden Angehörigen* wird die *Geriatric Depression Scale* (GDS) eingesetzt. Die Kurzversion der geriatrischen Depressionsskala von SHEIKH & YESAVAGE (1986) umfasst 15 Items, die mit *Ja* oder *Nein* zu beantworten sind. Aus der Summe der Antworten lässt sich ableiten, ob Hinweise auf eine Depression vorliegen. Das ist ab einem Punktwert von sechs der Fall. Der Test auf interne Konsistenz ergab einen akzeptablen Wert (Kuder-Richardson-20-Koeffizient: KR20=0.74).

Die körperlichen und kognitiven Einschränkungen eines pflegebedürftigen Menschen im Rahmen einer schriftlich-postalischen Fragebogenstudie angemessen zu ermitteln, ist schwierig. Hier lässt sich allein auf die Beurteilung der pflegenden Angehörigen zurückgreifen. Dabei wird das einfache Frageschema „Mein/e Angehörige/r ist ...“ den differenzierten Schweregraden und Ausprägungen von Erkrankungen kaum gerecht. Allerdings schien das gewählte Vorgehen alternativlos.

Auch aggressive Verhaltensweisen, die durch den pflegebedürftigen Menschen ausgeübt werden, sind ein Bestandteil des Fragebogens. Erneut wurde bei der Skalenentwicklung auf die CTS2 (vgl. STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY & SUGARMAN 1996) sowie eine Untersuchung von GÖRGEN (2004) bzw. RABOLD (2006) gesetzt. Insgesamt 20 Items werden abgefragt, wobei der Bereich Vernachlässigung entfällt. Dafür sind einige Items im Bereich der physischen Misshandlungen wie *Spucken*, *Kratzen*, *Beißen* oder *Haare ziehen* ergänzt worden.

Zur Erfassung der *wahrgenommenen, sozialen Unterstützung* wurden 14 Items einer Skala von HOSSER & GREVE (1999) aufgenommen, die sich am *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung* (F-SOZU) von SOMMER & FYDRICH (1989) anlehnen. Sie messen die generalisierte Überzeugung von pflegenden Angehörigen, im Bedarfsfall durch Dritte unterstützt zu werden bzw. auf deren Ressourcen zugreifen zu können. Die interne Konsistenz erreichte einen hohen Wert (Cronbach's Alpha=0.94).

Schließlich wurde für die *wahrgenommene Beziehungsentwicklung seit Übernahme der Pflege* ein eigenes Instrument mit 22 Items entwickelt. Es beinhaltet sowohl positive Aspekte (z. B. „Seit ich meine/n Angehörige/n pflege, ist unser Verhältnis zueinander besser geworden.“) als auch negative Aspekte (z. B. „Seit ich meine/n Angehörige/n pflege, streiten wir häufiger miteinander.“). Der Test auf interne Konsistenz ergab einen guten Wert (Cronbach's Alpha=0.83). Durch den Ausschluss von vier Items mit einer geringen, korrigierten Trennschärfe ($r \leq 0.2$) konnte der Wert nochmals erhöht werden (Cronbach's Alpha=0.86).

6.3.2 Feldzugang, Forschungsethik und Grenzen der Datenerhebung

Feldzugang und Forschungsethik

In Deutschland gibt es kein zentrales Register, das die Daten von pflegenden Angehörigen führt und damit die Ziehung einer repräsentativen Stichprobe erlaubt. Daher verfolgte das Forscherteam für die bundesweite quantitative Fragebogenerhebung *Pflege älterer Menschen in der Familie* eine Kombination von diversen Zugangswegen. Zu diesen gehörten die Webseite des DZA, ambulante Pflegedienste sowie Aufrufe in regionalen und überregionalen Printmedien mit hoher Stückauflage (u. a. taz, die tageszeitung, Hannoversche Allgemeine, das Magazin PflegePartner für pflegende Angehörige, chrismon, Krankenkassen Ratgeber). Der Presstext im Seniorenratgeber (08/2006) lautete:

„Was Pflege so schwer macht. Kaum noch Zeit für eigene Belange, immer weniger soziale Kontakte, körperlicher und seelischer Dauerstress: Wer Angehörige zu Hause pflegt, gerät oft an die Grenze seiner Kräfte. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen in Berlin möchte die Belastungen jetzt in einer Studie dokumentieren und so bekannter machen. Dafür suchen die Forscher Menschen, die einen Angehörigen über 60 Jahre pflegen (Infos unter Tel.: 0 30/26 07 40 79)“.

Leserinnen und Leser, die sich von den Presstexten angesprochen fühlten, haben selbständig Kontakt zum Projektteam aufgenommen. Bei dem zumeist telefonischen Erstkontakt wurden weitere Informationen zu den Studienzielen ausgetauscht. Diese umfassten Hinweise auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die Vertraulichkeit bzw. Gewährung von Anonymität im Umgang mit den erhobenen Daten.³⁵ Zugleich wurde geprüft, ob die Anrufenden die Teilnahmevoraussetzungen erfüllten. Zielgruppe waren pflegende Angehörige, die zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme seit mindestens 12 Monaten einen Angehörigen ab 60 Jahren im häuslichen Umfeld pflegten. Dieses Kriterium schloss erneut Konstellationen aus, die durch eine alleinige Versorgung des ambulanten Dienstes geprägt waren.

Im Anschluss erfolgte der postalische Versand der Befragungsunterlagen, welche sich aus einem Informationsblatt, dem Fragebogen und einem frankierten Rückumschlag zusammensetzten.

³⁵ Für das Projekt *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* lag keine Zustimmung einer Ethikkommission vor. Eine solche Konsultation vor Beginn eines Forschungsvorhabens war zum damaligen Zeitpunkt nicht üblich und fehlt daher.

Grenzen der Datenerhebung

Das Ziel war es, mindestens 300 pflegende Angehörige für die quantitative Fragebogenstudie zu gewinnen. Doch die Rekrutierung von Teilnehmenden gestaltete sich deutlich schwieriger, als im Vorfeld vermutet. Der Erhebungszeitraum von September 2006 bis April 2008 spiegelt dies wider. Auch musste die ursprüngliche Idee, über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. über einzelne Pflegekassen Leistungsberechtigte der Pflegeversicherung zu selektieren und so indirekt pflegende Angehörige zu kontaktieren, wegen des organisatorischen Aufwandes aufseiten der Versicherungsträger verworfen werden. Vor diesem Hintergrund handelt es sich um keine repräsentative Stichprobenauswahl. Daher sind die Daten, die nach formulierten Kriterien erhoben wurden (Pflegedauer mindestens 12 Monate, Alter der Pflegebedürftigen mindestens 60 Jahre), nicht ohne weiteres auf die Grundgesamtheit aller pflegenden Angehörigen bzw. pflegebedürftigen Personen übertragbar.

6.3.3 Gesamtstichprobe und Bedingungen der Fallauswahl

Gesamtstichprobe im Projekt KuGiLaM

Von den 375 verschickten Fragebögen wurden 258 zurückgesendet. Das entspricht einer Rücklaufquote von rund 69 %. Allerdings konnten vier Fragebögen nicht weiter verwertet werden. Sie waren entweder nur sehr lückenhaft ausgefüllt oder entsprachen nicht den Kriterien der Teilnahme (etwa, dass es sich um eine aktuelle Pflegesituation handeln muss). Die Gesamtstichprobe umfasst deshalb Aussagen von 254 pflegenden Angehörigen.

Bedingungen der Fallauswahl für die vorliegende Arbeit

Vor dem Hintergrund der zentralen Fragen und Hypothesen sowie der theoretischen Einbettung der vorliegenden Arbeit in den Kontext intergenerationaler Ambivalenzen steht erneut die Gruppe der erwachsenen, pflegenden Kinder von alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern im Zentrum. Das Ziel ist, die spezifischen Merkmale und Besonderheiten dieses Pflegearrangements herauszuarbeiten. Dafür wird die Gesamtstichprobe weiter differenziert (vgl. Tabelle 17). Entlang der Variablen *Verwandtschaftsverhältnis* und *Gesundheitsstatus* werden vier Pflegegruppen gebildet: intergenerational ohne Demenz (interoD), intergenerational mit Demenz (intermD), intragenerational ohne Demenz (intraoD) und intragenerational mit Demenz (intramD).

Tabelle 17: Bildung von vier Pflegegruppen

<i>Pflegegruppen</i>	<i>Kurzform</i>	<i>Verwandtschaftsverhältnis¹</i>	<i>Gesundheitsstatus</i>
Intergenerational ohne Demenz (<i>Referenzgruppe</i>)	interoD	Erwachsene Kinder und alte Eltern	Körperliche Ein- schränkungen
Intergenerational mit Demenz	intermD	Erwachsene Kinder und alte Eltern	Kognitive Einschrän- kungen
Intragenerational ohne Demenz	intraoD	(Ehe-)Partnerschaft	Körperliche Ein- schränkungen
Intragenerational mit Demenz	intramD	(Ehe-)Partnerschaft	Kognitive Einschrän- kungen

Quelle: Eigene Darstellung (¹Ausgeschlossen sind alle weiteren Verwandtschaftsverhältnisse wie Schwiegerkinder, Enkel, Geschwister, Nichten, Neffen ebenso Freunde oder Nachbarn.)

Dieses Vorgehen erlaubt zusätzliche Rückschlüsse auf das Thema Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in häuslichen Pflegebeziehungen. Die Pflegegruppe der erwachsenen, pflegenden Kinder von alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern (intergenerational ohne Demenz) nimmt den Status einer *Referenzgruppe* ein. Für die Zuordnung der Fragebogenteilnehmenden zur jeweiligen Pflegegruppe sind weitere Merkmale bedeutsam. Dazu gehört, dass die Angehörigen:

- seit mindestens 12 Monaten pflegen und
- sich selbst als Hauptpflegeperson wahrnehmen.

Unter Berücksichtigung aller oben genannten Auswahlkriterien sind die vier Pflegegruppen in der Teilstichprobe von 217 pflegenden Angehörigen wie folgt vertreten (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Häufigkeit der vier Pflegegruppen

<i>Pflegegruppen</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozent</i>	<i>Gültige Prozente</i>
Intergenerational ohne Demenz (interoD)	39	15.4	17.9
Intergenerational mit Demenz (intermD)	65	25.6	30.0
Intragenerational ohne Demenz (intraoD)	70	27.6	32.3
Intragenerational mit Demenz (intramD)	43	16.9	19.8
Gesamt	217	85.4	100.0
Ausgeschlossene Fälle	37	14.6	
Gesamt	254	100.0	

Quelle: Eigene Darstellung

Eine ausführliche Beschreibung aller vier Pflegegruppen folgt in Kapitel 7.1.

6.3.4 Datenauswertung

Zur Auswertung der quantitativen Fragebogenstudie wurde das Statistikprogramm *IBM SPSS Statistics Version 22* angewendet. Dabei kommen deskriptive, bivariate und multivariate Verfahren zum Einsatz. Letztere beschreiben den Zusammenhang zwischen zwei oder mehreren Variablen. Das sind im Rahmen dieser Arbeit nichtparametrische Testverfahren, um Mittelwerte (\bar{x}) zu vergleichen sowie binäre logistische Regressionsanalysen. Alle statistischen Tests wurden zweiseitig durchgeführt. Die Irrtumswahrscheinlichkeit liegt mit $p < 0.05$ unter 5 %.

6.4 Zusammenfassung

Das sensible Thema Gewalt gegen alte Menschen in der häuslichen Pflege verlangt danach, differenzierte Forschungsmethoden anzuwenden. Im Sinne des Mixed-Methods-Ansatzes wurden quantitative und qualitative Verfahren miteinander kombiniert.

Der erste Strang umfasst eine quantitative Fragebogenstudie. Ihr erklärtes Anliegen ist es, quantitative Aspekte zum Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen sowie Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen zu identifizieren.

Der zweite Strang umfasst eine qualitative Interviewstudie. Sie untersucht qualitative Aspekte familialer Beziehungsmerkmale zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und ihren alten, pflegebedürftigen Eltern. Als konzeptioneller Rahmen diente das Modell der intergenerationalen Ambivalenzen von LÜSCHER (2005, 2002, 2000). Das Ziel ist es, neue familiensoziologische Erkenntnisse zu generieren.

Ein Zusammenführen der beiden Stränge erfolgt im Ausblick der Arbeit (Kapitel 9). Dort werden die unterschiedlichen Erkenntnisse vorgestellt, aufeinander bezogen und miteinander integriert.

7 Ergebnisse aus der quantitativen Fragebogenstudie

Das siebte Kapitel präsentiert die Resultate der Fragebogenstudie. Dem gehen die Beschreibungen der vier Pflegegruppen voran (Kapitel 7.1). Dabei werden für jede Gruppe die soziodemografischen Merkmale und Besonderheiten herausgearbeitet (Kapitel 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4). In einem Zwischenfazit werden die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zur Grundgesamtheit familial Pflegender festgehalten (Kapitel 7.1.5). Im weiteren Verlauf geht es darum, das *Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen* genauer zu bestimmen. Es wird zunächst dargestellt, ob und wenn ja, wie häufig in den letzten 12 Monaten problematische Verhaltensweisen von pflegenden Angehörigen gegenüber pflegebedürftigen Personen vorgekommen sind (Kapitel 7.2). Das sich anschließende Kapitel 7.3 identifiziert *Risikofaktoren* in der häuslichen Versorgung alter Menschen. Mithilfe regressionsanalytischer Verfahren werden mögliche Zusammenhänge zwischen diversen unabhängigen Variablen und Formen gewalttätiger Handlungen und Vernachlässigungen geprüft. Einen besonderen Stellenwert nehmen *familiale Beziehungsmerkmale* ein (Kapitel 7.4). Denn die aktuellen Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Beziehungsgeschichte einen Einfluss auf Gewaltverkommenisse ausübt.

Zum Abschluss des siebten Kapitels werden die Ergebnisse der quantitativen Fragebogenstudie kurz zusammengefasst (Kapitel 7.5). Daraus lässt sich ableiten, welche Konsequenzen für die qualitative Interviewstudie zu ziehen sind. Eine ausführliche Zusammenfassung und Diskussion findet sich in Kapitel 9.1.

7.1 Soziodemografische Merkmale der vier Pflegegruppen

Wie unter dem methodischen Vorgehen (Kapitel 6.3.3) ausgeführt, ist die Stichprobe der quantitativen Fragebogenstudie längs der Selektionskriterien *Verwandtschaftsverhältnis* und *Gesundheitsstatus* in vier Pflegegruppen unterteilt. In der Summe verbergen sich dahinter 217 pflegende Angehörige. Nachstehend werden alle vier Pflegegruppen im Hinblick auf ihre soziodemografischen Merkmale und Besonderheiten einzeln vorgestellt. Die begleitende Frage lautet: Unterscheiden sich Pflegearrangements zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern (mit und ohne Demenz) von partnerschaftlichen Pflegebeziehungen (mit und ohne Demenz)?

7.1.1 Intergenerationale Pflegearrangements ohne Demenz (*Referenzgruppe*)

Die 39 (17.9 %) intergenerationalen Pflegearrangements ohne Demenz (interoD) zeichnen sich durch einen hohen Anteil pflegender Frauen (34, 87.2 %) und deutlich weniger pflegender Männer (5, 12.8 %) aus. Alle Pflegenden wurden in Deutschland geboren, besitzen die deutsche Staatsbürgerschaft und leben überwiegend in klein- und mittelstädtischen (15, 38.5 %) bzw. ländlichen Gemeinden (14, 35.9 %). Ein Großteil von ihnen ist verheiratet (17, 43.6 %) und hat eigene Kinder (25, 64.1 %). Als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss geben 35.9 % (14) die Realschule, 30.8 % (12) die Volks- bzw. Hauptschule und 25.6 % (10) das Abitur an. Die Haushalts- bzw. Handelsschule besuchten zwei (5.1 %) Personen. Ohne Schulabschluss ist eine (2.6 %) Person.

Die Altersspanne der pflegenden Kinder reicht von 36 bis 74 Jahren (\bar{x} 56.8, SD 8.8) und umfasst damit selbst mehrere Generationen. Diese Tatsache wirkt sich auf die Lebenszusammenhänge der Befragten aus. So sind zum Zeitpunkt der Befragung nur zwei Personen (5.1 %) in Vollzeit berufstätig. Im Gegensatz dazu geben 13 (33.3 %) Befragte an, Hausfrau bzw. Hausmann zu sein. Im Ruhestand befinden sich 16 (41.0 %) weitere Personen. Schließlich sind zehn (25.6 %) pflegende Angehörige entweder halbtags, in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt. Sechs (15.4 %) erwachsene Kinder sind ohne Arbeit.³⁶

Die gepflegten Eltern³⁷ setzen sich zu 84.6 % (33) vorwiegend aus Müttern und zu 15.4 % (6) klar seltener aus Vätern zusammen. Sie alle stammen aus Deutschland. Das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Eltern beträgt 85.9 Jahre (SD 8.8) (vgl. Tabelle 19). Sie gehören damit dem Vierten Lebensalter an und können als hochaltrig bezeichnet werden. Erwartungsgemäß ist eine große Mehrzahl von ihnen verwitwet (31, 79.5 %). Die verbleibenden acht Personen sind entweder geschieden bzw. getrennt lebend (5, 12.8 %), verheiratet (2, 5.1 %) oder ledig (1, 2.6 %).

³⁶ Die Frage zur beruflichen Situation ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 14). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (39) und nicht auf die Summe der Antworten (47).

³⁷ Erwachsene Kinder pflegen vornehmlich ein Elternteil (36, 92.3 %). Demgegenüber steht eine kleine Minderheit, die jeweils zwei Personen versorgt (3, 7.7 %). Diese zweite Person bleibt jedoch bei allen nachfolgenden Betrachtungen unberücksichtigt, denn für sie fehlen Daten zu problematischen Verhaltensweisen in der familiären Pflege (Anhang 11.1 Fragen 60-62).

Die drei häufigsten Funktionsstörungen der pflegebedürftigen Eltern umfassen Einschränkungen beim Gehen (35, 89.7 %), Einschränkungen beim Benutzen der Arme (25, 64.1 %) und Inkontinenzprobleme (22, 56.4 %).³⁸

Die aktuelle Wohnsituation der Pflegesettings offenbart eine große räumliche Nähe zwischen den Generationen. So lebt das Gros pflegender Kinder entweder mit ihren pflegebedürftigen Eltern in einem gemeinsamen Haushalt (23, 59.0 %) oder aber in getrennten Wohnungen desselben Gebäudes (5, 12.8 %). Weitere elf Angehörige erreichen die Wohnung entweder per pedes (8, 20.5 %) oder per PKW in max. 15 Minuten (3, 7.7 %). Im Mittel pflegen sie ihre alten Eltern seit 5.5 Jahren (*SD* 3.1) (vgl. Tabelle 19). Das wichtigste Motiv zur Übernahme pflegerischer Aufgaben besteht für erwachsene Kinder darin, den Umzug der alten Eltern in ein Heim zu verhindern (10, 27.8 %).³⁹

Mit Blick auf die Pflegestufen-Zuordnung fällt auf, dass knapp drei Viertel eine schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit attestiert wird. So sind 21 Personen (53.8 %) in Pflegestufe II und acht Personen (20.5 %) in Pflegestufe III eingruppiert. Lediglich sechs Personen (15.4 %) gehören der Pflegestufe I an.⁴⁰ Vor diesem Hintergrund nimmt eine Vielzahl der Angehörigen einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch, entweder als Sachleistungen (4, 11.4 %) oder Kombinationsleistungen (11, 31.4 %).⁴¹ Die übrigen 57.2 % (20) empfangen reine Geldleistungen und erhalten keine externe, professionelle Hilfe.

Die soziodemografischen Merkmale zeigen, dass es sich bei pflegenden Kindern eines körperlich eingeschränkten Elternteils um keine homogene Gruppe handelt. Zu klären ist, ob dies auch auf erwachsene Kindern zutrifft, die kognitiv eingeschränkte Eltern pflegen.

7.1.2 Intergenerationale Pflegearrangements mit Demenz

Insgesamt 65 (30.0 %) intergenerationale Pflegearrangements mit Demenz (intermD) sind in der Fragebogenstudie *Pflege älterer Menschen in der Familie* vertreten. In dieser Gruppe sind die Frauen mit einem Anteil von 93.8 % (61) pflegender Töchter noch präsenter als in der zuvor

³⁸ Die Frage zum Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Angehörigen ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 27). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (39) und nicht auf die Summe der Antworten (179).

³⁹ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (36).

⁴⁰ Drei (7.7 %) Befragte geben an, dass ihre Angehörigen keiner Pflegestufe zugeordnet sind und folglich keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Von einer (2.6 %) weiteren Person fehlen die Angaben.

⁴¹ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (35).

beschriebenen Teilstichprobe. Nur vier (6.2 %) Söhne versorgen ihre alten Eltern. Im Gegensatz zur ersten Pflegegruppe (interoD) sind vier (6.2 %) pflegende Kinder nicht in Deutschland geboren, davon besitzt eines (1.5 %) keine deutsche Staatsbürgerschaft.

Die 65 pflegenden Kinder leben sowohl in Großstädten (23, 35.4 %), in klein- und mittelstädtischen (22, 33.8 %) als auch ländlichen Gemeinden (20, 30.8 %). Auch sie sind mehrheitlich verheiratet (36, 55.4 %) und haben eigene Kinder (41, 63.1 %). Als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss geben 35.4 % (23) die Realschule, 33.8 % (22) die Volks- bzw. Hauptschule und 26.2 % (17) das Abitur an. Zwei (3.1 %) Personen haben andere Abschlüsse. Ein (1.5 %) pflegendes Kind ist ohne Schulabschluss.

Die Altersspanne der pflegenden Kinder umfasst auch in dieser Gruppe mehrere Generationen. Sie reicht von 20 bis 74 Jahren (\bar{x} 58.1, SD 9.4). Diese Tatsache wirkt sich auch hier auf die Lebenszusammenhänge der Befragten aus. So sind zum Zeitpunkt der Erhebung allein fünf (7.7 %) Personen Vollzeit berufstätig. Im Gegensatz dazu geben 27.7 % (18) der Befragten an, Hausfrau bzw. Hausmann zu sein. Im Ruhestand befinden sich 30 (46.2 %) weitere Personen. Schließlich sind 13 (20.0 %) pflegende Kinder entweder halbtags, in Teilzeit oder geringfügig beschäftigt. Drei (4.6 %) erwachsene Kinder sind ohne Arbeit.⁴²

Die Gruppe der gepflegten Eltern⁴³ setzt sich mit 84.6 % (55) vorwiegend aus Müttern und mit 15.4 % (10) klar seltener aus Vätern zusammen. Sie stammen zu 92.3% (60) aus Deutschland und zu 7.7 % (5) aus anderen (ost-)europäischen Regionen. Das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Eltern beträgt 88.7 Jahre (SD 6.8). Erwartungsgemäß ist auch hier der überwiegende Teil verwitwet (49, 75.4 %). Die verbleibenden 16 Personen sind entweder verheiratet (10, 15.4 %), geschieden bzw. getrennt lebend (4, 6.1 %) oder ledig (2, 3.1 %). Die drei häufigsten gesundheitlichen Einschränkungen⁴⁴ der pflegebedürftigen Eltern umfassen neben der dementiellen Erkrankung (65, 100.0 %), Geh- (56, 86.2 %), Inkontinenz- (52, 80.0 %) und Hörprobleme (44, 67.7 %).

⁴² Die Frage zur beruflichen Situation ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 14). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (65) und nicht auf die Summe der Antworten (77).

⁴³ Erwachsene Kinder pflegen zu 84.6 % (55) ein dementiell erkranktes Elternteil. Demgegenüber stehen zehn (15.4 %) Kinder, die jeweils zwei Personen versorgen. Diese zweite Person bleibt jedoch bei allen nachfolgenden Betrachtungen unberücksichtigt, denn für sie fehlen Daten zu problematischen Verhaltensweisen in der familiären Pflege (Anhang 11.1 Fragen 60-62).

⁴⁴ Die Frage zum Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Angehörigen ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 27). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (65) und nicht auf die Summe der Antworten (389).

Die aktuelle Wohnsituation der Pflegearrangements offenbart eine große räumliche Nähe zwischen den Generationen. So lebt das Gros pflegender Kinder entweder mit ihren pflegebedürftigen Eltern in einem gemeinsamen Haushalt (41, 63.1 %) oder aber in getrennten Wohnungen desselben Gebäudes (12, 18.5 %). Weitere fünf (7.7 %) Angehörige erreichen die Wohnung per pedes. Sieben (10.8 %) Kinder benötigen dafür das Auto. Die zeitliche Entfernung reicht von zehn bis 120 Minuten. Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt 6.5 Jahre (SD 4.6) (vgl. Tabelle 19). Bei den Motiven zur Übernahme pflegerischer Aufgaben dominieren zwei Beweggründe. Zum einen möchten erwachsene Kinder den Umzug der alten Eltern in ein Heim verhindern (12, 19.7 %). Zum anderen pflegen sie aus Liebe zum dementiell erkrankten Elternteil (12, 19.7 %).⁴⁵

Mit Blick auf die Pflegestufen-Zuordnung fällt erneut auf, dass über Dreiviertel eine schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit attestiert wird. So sind 26 (40.0 %) Personen in Pflegestufe II und 25 (38.5 %) Personen in Pflegestufe III (mit Härtefall) eingruppiert. Lediglich zehn (15.4 %) Personen gehören der Pflegestufe I an.⁴⁶ Vor diesem Hintergrund erhält eine Vielzahl der Angehörigen Unterstützung durch einen ambulanten Pflegedienst; entweder in Form von Sachleistungen (9, 14.8 %) oder Kombinationsleistungen (21, 34.4 %). Die übrigen 50.8 % (31) sind Empfängerinnen bzw. Empfänger reiner Geldleistungen.⁴⁷

Was die soziodemografischen Merkmale intergenerationaler Pflegearrangements mit Demenz (intermD) betrifft, so wird sichtbar, dass auch hier pflegende Kinder keine homogene Gruppe bilden. Ob sich diese Tatsache auch in den beiden Gruppen intragenerationaler Pflegearrangements fortsetzt, beleuchten die nachfolgenden Ausführungen.

7.1.3 Intragenerationale Pflegearrangements ohne Demenz

Pflegebeziehungen zwischen (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern ohne Demenz (intraoD) bilden im Rahmen der Fragebogenstudie die größte Gruppe (70, 32.3 %). Mit Blick auf die Geschlechterverteilung fällt auf, dass unter den Pflegenden prozentual deutlich mehr Männer (19, 27.1 %) vertreten sind als in den beiden zuvor beschriebenen Pflegegruppen. Alle besitzen die hiesige Staatsbürgerschaft (70, 100.0 %). Darunter sind fünf Personen (7.1 %), die nicht in Deutschland geboren wurden. Die Altersspanne pflegender (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner reicht von 36 bis 87 Jahre (\bar{x} 68.8, SD 8.5).

⁴⁵ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (61).

⁴⁶ Vier (6.2 %) Befragte geben an, dass ihre Angehörigen keiner Pflegestufe zugeordnet sind und folglich keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

⁴⁷ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (61).

Entsprechend der Auswahlkriterien dieser Pflegegruppe liegt die Quote der Verheirateten mit 95.7 % (67) und die Quote eigener Kinder mit 78.6 % (55) sehr hoch. Ihren Lebensmittelpunkt haben pflegende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner zu 42.9 % (30) in Großstädten, zu 37.1 % (26) in klein- und mittelstädtischen und zu 20.0 % (14) in ländlichen Gemeinden. Als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss geben sie die Hauptschule (37, 52.9 %), die Realschule (17, 24.3 %) oder das Gymnasium (14, 20.0 %) an. Zwei (2.9 %) Personen haben andere Abschlüsse.

Über ihre aktuelle berufliche Situation befragt, antworten 84.3 % (59) aller pflegenden (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner, im Ruhestand zu sein.⁴⁸ Zehn (14.3 %) sind Hausfrau bzw. Hausmann, vier (5.7 %) sind ohne Arbeit und eine (1.4 %) Person ist halbtags beschäftigt. Keine bzw. keiner der Befragten arbeitet Vollzeit. Im Mittel pflegen sie die (Ehe-)Partnerin oder den (Ehe-)Partner seit 7.4 Jahren (*SD* 8.5) (vgl. Tabelle 19). Ein gemeinsamer Haushalt ist die Regel (69, 98.6 %). Als wichtigsten Beweggrund zur Übernahme pflegerischer Aufgaben wird die Liebe zur (Ehe-)Partnerin bzw. zum (Ehe-)Partner genannt (26, 42.6 %).⁴⁹

Mit 71.4% (50) ist die Gruppe der Gepflegten⁵⁰ überwiegend männlich und mit 28.6 % (20) seltener weiblich. Die pflegebedürftigen (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner stammen zu 92.9 % (65) aus Deutschland und sind durchschnittlich 73.5 Jahre (*SD* 5.8) alt. Sie leiden am häufigsten unter Einschränkungen beim Gehen (65, 92.9 %) sowie beim Benutzen der Arme (56, 80.0 %) und an Inkontinenzproblemen (44, 62.9 %).⁵¹

Die Summe der individuellen Einschränkungen führt bei sehr vielen pflegebedürftigen (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern zu einer Bescheinigung schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit. So ist die Hälfte in Pflegestufe II (35, 50.0 %) und weitere 26 (37.1 %) Personen in Pflegestufe III (mit Härtefall) eingruppiert. Lediglich fünf (7.1 %) gehören der

⁴⁸ Die Frage zur beruflichen Situation ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 14). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (70) und nicht auf die Summe der Antworten (78).

⁴⁹ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (61).

⁵⁰ Abgesehen von zwei (2.9 %) Ausnahmen versorgen die Angehörigen zu 97.1 % (68) eine (Ehe-)Partnerin oder einen (Ehe-)Partner ohne Demenz. Bei den beiden Doppelpflegen wird die zweite Person bei allen nachfolgenden Betrachtungen nicht berücksichtigt. Für sie fehlen Daten zu problematischen Verhaltensweisen in der familiären Pflege (Anhang 11.1 Fragen 60-62).

⁵¹ Die Frage zum Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Angehörigen ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 27). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (70) und nicht auf die Summe der Antworten (344).

Pflegestufe I an.⁵² Trotzdem erhalten 35 (53.8 %) reine Geldleistungen. Die verbleibenden 30 Personen wählen entweder Sachleistungen (9, 13.8 %) oder Kombinationsleistungen (21, 32.3 %).⁵³

Was die Lebenssituation pflegender (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner ohne Demenz betrifft, ist die Gruppe im Vergleich zu pflegenden Kindern deutlich homogener. Doch kennzeichnen die Gruppe auch trennende Momente. Insbesondere die weit auseinanderliegenden Angaben zum Alter und zur Dauer der Pflege sind auffällig.

7.1.4 Intragenerationale Pflegearrangements mit Demenz

Pflegebeziehungen zwischen pflegenden (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern mit Demenz (intramD) sind zu 19.8 % (43) in der Fragebogenstudie vertreten. Zu 18.6 % (8) versorgen Männer ihre dementiell erkrankte (Ehe-)Partnerin. Mit 81.4 % (35) pflegen deutlich mehr Frauen ihre kognitiv eingeschränkten (Ehe-)Partner. Sieben (16.3 %) Pflegende sind nicht in Deutschland geboren, davon haben zwei (4.7 %) keine deutsche Staatsbürgerschaft. Die Altersspanne der Pflegenden von demenzerkrankten (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partnern reicht von 51 bis 87 Jahren (\bar{x} 69.8, SD 8.2).

Auch hier liegen entsprechend der Auswahlkriterien die Quote der Verheirateten mit 97.7 % (42) und die Quote eigener Kinder mit 90.7 % (39) sehr hoch. Ihren Lebensmittelpunkt haben pflegende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner zu 51.2 % (22) in Großstädten, zu 44.2 % (19) in klein- und mittelstädtischen und allein zu 4.7 % (2) in ländlichen Gemeinden. Als höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss geben sie die Hauptschule (20, 48.8 %), die Realschule 29.3 % (12) oder das Gymnasium (6, 14.6 %) an. Zwei (4.9 %) Personen haben andere Abschlüsse. Eine (2.4 %) Person ist ohne Schulabschluss.⁵⁴

Über ihre aktuelle berufliche Situation sagen 81.0 % (34) der Befragten aus, im Ruhestand zu sein. Weitere 31.0 % (13) sind Hausfrau bzw. Hausmann. Jeweils eine Person ist in Vollzeit erwerbstätig (2.4 %) bzw. ohne Arbeit (2.4 %).⁵⁵ Im Mittel pflegen sie ihre (Ehe-)Partnerin bzw. ihren (Ehe-)Partner seit 5.4 Jahren (SD 3.3). Ein gemeinsamer Haushalt ist

⁵² Vier (5.7 %) Befragte geben an, dass ihre Angehörigen keiner Pflegestufe zugeordnet sind und folglich keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

⁵³ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (65).

⁵⁴ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (41).

⁵⁵ Die Frage zur beruflichen Situation ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 14). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (42) und nicht die auf die Summe der Antworten (54).

bei allen Befragten gegeben (43, 100.0 %). Als wichtigster Beweggrund zur Übernahme pflegerischer Aufgaben wird auch hier die Liebe genannt (12, 31.6 %).⁵⁶

Mit 81.4 % (35) ist die Gruppe der Gepflegten⁵⁷ überwiegend männlich und mit 18.6 % (8) seltener weiblich. Die pflegebedürftigen (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partner stammen zu 90.5 % (38) aus Deutschland⁵⁸ und sind durchschnittlich 74.4 Jahre (*SD* 8.5) alt (vgl. Tabelle 19). Die drei häufigsten gesundheitlichen Einschränkungen⁵⁹ der pflegebedürftigen (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partner, neben der dementiellen Erkrankung (43, 100.0 %), umfassen Geh- (34, 79.1 %), Inkontinenz- (34, 79.1 %) und Sprechprobleme (27, 62.8 %).

Die Summe der individuellen Einschränkungen führt bei sehr vielen pflegebedürftigen (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partnern zu einer Bescheinigung schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit. So ist nahezu die Hälfte (21, 48.8 %) in Pflegestufe III (inklusive eines Härtefalls) und weitere 13 (30.2 %) Personen in Pflegestufe II eingruppiert. Etwa ein Fünftel (8, 18.6 %) gehört der Pflegestufe I an. Eine (2.3 %) Person gibt an, dass keine Pflegestufen-Zuordnung vorliegt. Insgesamt erhalten 19 (50.0 %) reine Geldleistungen. Die verbleibenden 19 Personen wählen entweder Sachleistungen (7, 18.4 %) oder Kombinationsleistungen (12, 31.6 %).⁶⁰

7.1.5 Zwischenfazit

In der Fragebogenstudie *Pflege älterer Menschen in der Familie* unterscheiden sich pflegende Angehörige in vielerlei Hinsicht. Das betrifft bspw. die Merkmale Alter, Erwerbsstatus oder Dauer der Pflegebeziehung. Auch die Gruppe pflegebedürftiger Personen ist nicht homogen. Sie divergieren stark in Bezug auf den Grad der gesundheitlichen Einschränkungen. Tabelle 19 veranschaulicht dies anhand ausgewählter soziodemografischer Merkmale.

⁵⁶ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (38).

⁵⁷ Abgesehen von einer (2.4 %) Person kümmern sich 41 (97.6 %) Angehörigen um eine pflegebedürftige (Ehe-)Partnerin bzw. einen (Ehe-)Partner mit Demenz. Bei der Doppelpflege wird die zweite Person bei allen nachfolgenden Betrachtungen nicht berücksichtigt. Für sie fehlen Daten zu problematischen Verhaltensweisen in der familiären Pflege (Anhang 11.1 Fragen 60-62).

⁵⁸ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (42).

⁵⁹ Die Frage zum Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Angehörigen ermöglichte Mehrfachnennungen (Anhang 11.1 Frage 27). Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (43) und nicht auf die Summe der Antworten (241).

⁶⁰ Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Anzahl der gültigen Fälle (38).

Tabelle 19: Ausgewählte soziodemografische Merkmale der vier Pflegegruppen (alle Angaben in Jahren)

<i>Merkmale</i>	\bar{x}	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>Intergenerationale Pflegearrangements ohne Demenz (interoD)</i> <i>Anzahl gültiger Fälle (39)</i>				
Alter des pflegenden Kindes	56.8	8.8	36	74
Alter des pflegebedürftigen Elternteils	85.9	8.8	63	100
Dauer der Pflegebeziehung	5.5	3.1	1	12
<i>Intergenerationale Pflegearrangements mit Demenz (intermD)</i> <i>Anzahl gültiger Fälle (65)</i>				
Alter des pflegenden Kindes	58.1	9.4	20	74
Alter des pflegebedürftigen Elternteils	88.7	6.8	72	103
Dauer der Pflegebeziehung	6.5	4.6	1	20
<i>Intragationale Pflegearrangements ohne Demenz (intraoD)</i> <i>Anzahl gültiger Fälle (70)</i>				
Alter pflegende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner	68.8	8.5	36	87
Alter pflegebedürftige (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner	73.5	5.8	63	86
Dauer der Pflegebeziehung	7.4	8.5	1	52
<i>Intragationale Pflegearrangements mit Demenz (intramD)</i> <i>Anzahl gültiger Fälle (43)</i>				
Alter pflegende (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner	69.8	8.2	51	87
Alter pflegebedürftige (Ehe-)Partnerinnen und (Ehe-)Partner	74.4	8.5	55	89
Dauer der Pflegebeziehung	5.4	3.3	1	15

Quelle: Eigene Darstellung

Idealerweise sollten sich typische Eigenschaften der Grundgesamtheit auch in der Stichprobe wiederfinden. Zum Vergleich dafür werden die Ergebnisse der bundeweiten Pflegestatistik hinzugezogen. Dabei fällt auf, dass sich unter den Teilnehmenden der Fragebogenstudie überdurchschnittlich viele um schwer- oder schwerstpflegebedürftige Angehörige kümmern. Vermutlich hat sich dieser Personenkreis von den Presstexten stärker angesprochen gefühlt. Ferner sind Pflegende mit Migrationshintergrund in der Stichprobe kaum vertreten. Das kann auf die gewählten Rekrutierungsstrategien von Befragungsteilnehmenden zurückgeführt werden. So stand der Fragebogen ausschließlich in deutscher Sprache zur Verfügung und wurde exklusiv in deutschsprachigen Medien beworben. Diese beiden Besonderheiten der selektierten Stichprobe müssen bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

7.2 Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen und Vernachlässigungen

Die erste zentrale Frage, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit beantwortet werden soll, lautet: Wie stellen sich Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit dar?

Zum Einstieg in die Thematik zeigt Tabelle 20 für alle 29 Items, die entweder einzelne gewalttätige Handlungen oder Formen von Vernachlässigung beschreiben, die jeweils spezifischen Prävalenzraten. Anhand der Mittelwerte, Mediane sowie Minimal- bzw. Maximalwerte ist ablesbar, wie häufig in den letzten 12 Monaten dieses Verhalten bzw. Unterlassen von pflegenden Angehörigen gegenüber pflegebedürftigen Personen vorgekommen ist.

Danach haben Pflegende am häufigsten pflegebedürftige Angehörige *angeschrien* (78, 36.3 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 12.38) oder *beschimpft* (69, 32.4 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 13.78). Etwas seltener sind deren *Wünsche absichtlich ignoriert* worden (31, 14.4 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 7.85). Diese drei Items lassen sich dem Bereich *psychische Misshandlungen* zuordnen. An dritter Stelle steht ein Item aus dem Bereich der *physischen Misshandlungen*. Demzufolge geben 38 Befragungsteilnehmende (17.7 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 6.15) an, in den letzten 12 Monaten die pflegebedürftige Person *grob angefasst* zu haben. Das ist ein bedeutsamer prozentualer Umfang. Im Gegensatz dazu sind schwere körperliche Misshandlungen wie *würgen* (1, 0.5 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 1.00) oder *mit der Faust schlagen* (1, 0.5 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 1.00) sehr seltene Einzelfälle. Ebenso fehlen Items völlig, die ein starkes Schädigungsmotiv voraussetzen. Das sind bspw. *sexuelle Belästigungen* oder das *Verprügeln* einer pflegebedürftigen Person. Auch die Verhaltensweisen *unerlaubtes Wegnehmen von Geld oder Wertgegenständen*, *nicht ausreichende Versorgung mit Essen oder Getränken* sowie *ausbleibender Wechsel von Wäsche bei Inkontinenz* haben in der Stichprobe von 217 pflegenden Angehörigen keine Relevanz.

Allgemein spielen in der Fragebogenstudie (*pflegerische*) *Vernachlässigungen* eine untergeordnete Rolle. Die Ursache liegt möglicherweise bei den Befragten selbst. Sie besitzen in der Regel keine pflegerischen Fachkenntnisse. Das kann dazu führen, dass eigene Mängel in der pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen nicht erkannt und dementsprechend nicht benannt werden (vgl. GÖRGEN, BAUER & SCHRÖDER 2010: 204). Insgesamt berichten mehr als die Hälfte aller Befragten (116, 53.7 %), in den zurückliegenden 12 Monaten *mindestens eine problematische Form aktiven Tuns oder Unterlassens* gegenüber älteren, pflegebedürftigen Menschen gezeigt zu haben. Die Häufigkeit in den letzten 12 Monaten beträgt 26.79. Das sind rund 27 Vorfälle pro Jahr. Somit wurden die betroffenen Personen durchschnittlich alle zwei Wochen viktimisiert.

Tabelle 20: Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen

<i>Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen (213 ≤ N ≤ 216)</i>	<i>Prävalenz</i>		<i>Häufigkeit in letzten 12 Monaten</i>				
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Median</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
Physische Misshandlung	44	20.5	1	50	3.00	8.82	11.02
Grob anfassen	38	17.7	1	30	3.00	6.15	6.71
Schubsen oder Stoßen	15	7.0	1	20	5.00	7.23	5.62
Ohrfeigen	5	2.3	1	10	2.00	3.60	3.65
Zu heiß oder zu kalt baden/duschen	3	1.4	3	10	6.50	6.50	4.95
Treten	2	0.9	2	3	2.50	2.50	0.71
Würgen	1	0.5	1	1	1.00	1.00	0.00
Mit der Faust schlagen	1	0.5	1	1	1.00	1.00	0.00
Verprügeln	–	–	–	–	–	–	–
Psychische Misshandlung	108	50.2	1	201	13.50	24.93	32.84
Anschreien	78	36.3	1	100	10.00	12.38	16.15
Beschimpfen	69	32.4	1	100	10.00	13.78	16.50
Wünsche absichtlich ignorieren	31	14.4	3	20	6.00	7.85	4.96
Mit Worten bedrohen	25	11.6	1	50	5.00	9.33	11.46
Respektlos behandeln	20	9.3	1	12	4.00	5.56	3.83
Absichtlich ärgern	13	6.0	1	10	5.00	5.83	3.43
Auslachen	12	5.6	1	12	10.00	8.18	3.95
Absichtlich beleidigen	9	4.2	2	15	5.00	6.86	4.91

Fortsetzung Tabelle 20: Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen

<i>Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen (213 ≤ N ≤ 216)</i>	<i>Prävalenz</i>		<i>Häufigkeit in den letzten 12 Monaten</i>				
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Median</i>	\bar{x}	<i>SD</i>
Vor anderen lächerlich machen	2	0.9	3	5	4.00	4.00	1.41
Absichtlich Schamgefühle verletzen	2	0.9	10	10	10.00	10.00	0.00
(Pflegerische) Vernachlässigung	12	5.6	3	10	7.00	6.80	3.39
Absichtlich lange auf Hilfe warten lassen	7	3.2	3	10	4.00	6.43	3.36
Nicht rechtzeitig lagern	3	1.4	10	10	10.00	10.00	0.00
Absichtlich nicht waschen	2	0.9	3	10	6.50	6.50	4.95
Mundpflege vernachlässigen	1	0.5	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Verletzung nicht sorgfältig versorgen	–	–	–	–	–	–	–
Nicht genug zu essen o. zu trinken geben	–	–	–	–	–	–	–
Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln	–	–	–	–	–	–	–
Freiheitseinschränkung	10	4.7	2	10	4.50	5.00	2.73
Ruhigstellende Medikamente geben	8	3.7	2	8	3.50	4.17	2.14
Bewegungsfähigkeit einschränken	2	0.9	5	10	7.50	7.50	3.54
Finanzielle Ausbeutung	–	–	–	–	–	–	–
Unerlaubt Geld/Wertgegenstände wegnehmen	–	–	–	–	–	–	–
Sexuelle Misshandlung	–	–	–	–	–	–	–
Sexuell belästigen	–	–	–	–	–	–	–
Mind. eine Form aktiven Tuns o. Unterlassen.	116	53.7	1	231	14.00	26.79	36.25

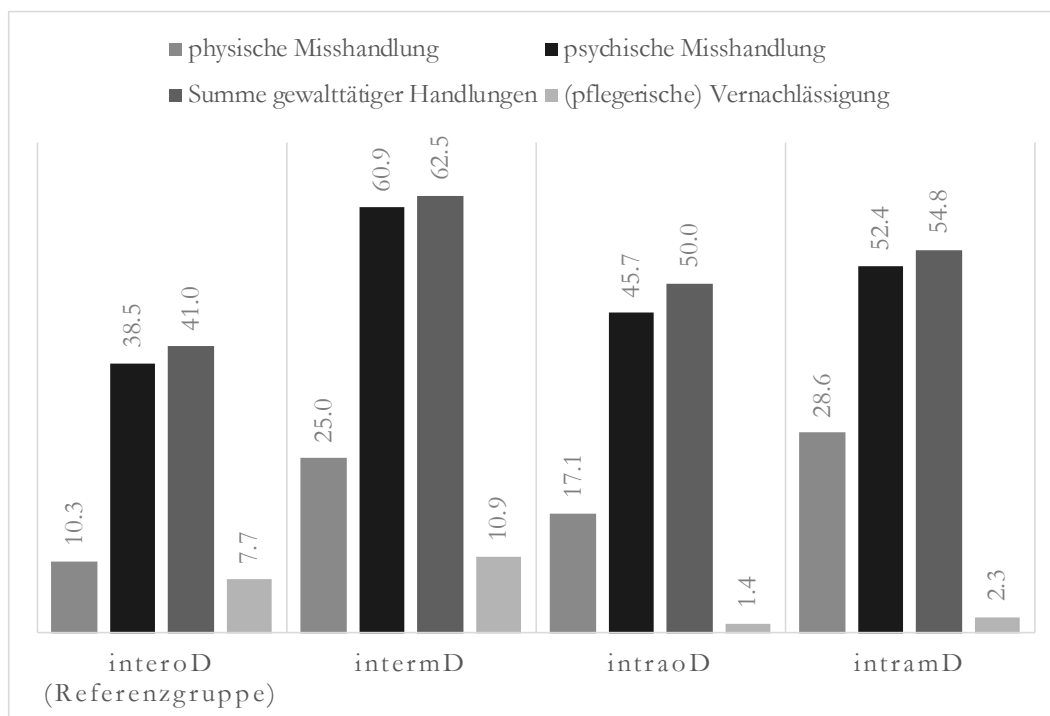
Quelle: Eigene Darstellung

Im nächsten Schritt werden die Einzelitems zu den Dimensionen *physische Misshandlungen*, *psychische Misshandlungen*, *finanzielle Ausbeutung* sowie *Vernachlässigung* zusammengefasst. Für alle Dimensionen wird dargestellt, wie häufig sie in den vier Pflegegruppen intergenerational ohne Demenz (interoD), intergenerational mit Demenz (intermD), intragenerational ohne Demenz (intraoD) und intragenerational mit Demenz (intramD) auftreten. Dabei liegt entlang der beiden Hypothesen zum Erscheinungsbild häuslicher Misshandlungen der Fokus auf den erwachsenen, pflegenden Kindern, die ihre alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern (*Referenzgruppe*) versorgen.

- *Hypothese 1.1:* In der häuslichen Pflege zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern treten gewalttätige Handlungen (physische, psychische, finanzielle) häufiger auf als Vernachlässigungen (pflegerische).
- *Hypothese 1.2:* Unter den gewalttätigen Handlungen gegen alte, körperlich pflegebedürftige Eltern treten psychische Misshandlungen häufiger auf als physische Misshandlungen und physische Misshandlungen häufiger als finanzielle Ausbeutungen.

Insgesamt unterscheiden sich die vier Pflegegruppen deutlich voneinander. So gibt es Viktimisierungsformen, die zwischen pflegenden Kinder und pflegebedürftigen Eltern häufiger auftreten als in (Ehe-)Partnerschaften. Dazu zählt die (*pflegerische*) *Vernachlässigung*, die allerdings in allen vier Gruppen am seltensten vorkommt (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Selbstberichtetes Verhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen nach Pflegegruppen, in % der Befragten



Quelle: Eigene Darstellung

Mit Blick auf die unterschiedlichen Dimensionen gewalttätiger Handlungen fällt auf, dass intergenerationale Pflegebeziehungen ohne Demenz vergleichsweise geringe Prävalenzraten aufweisen. Nichtsdestotrotz geben drei (7.7 %) erwachsene Kinder an, die alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern zu vernachlässigen. Jedes 10. Kind (4, 10.3 %) hat im letzten Jahr, physische Gewalt angewendet. Bei den psychischen Misshandlungen vervierfacht sich der Anteil nahezu (15, 38.5 %).

Insgesamt reihen sich die Befunde in den aktuellen Stand der nationalen und internationalen Forschung ein. Es zeigt sich auch in der Fragebogenstudie, dass psychischer Missbrauch im Gegensatz zu körperlicher Gewalt, finanzieller Ausbeutung oder (pflegerischer) Vernachlässigung deutlich verbreiteter ist. Allerdings weisen die Zahlen bezüglich des Umfangs vergleichsweise hohe Werte auf.

Nach Abschluss der ersten statistischen Analysen können die beiden *Hypothesen 1.1 und 1.2* als bestätigt gelten.

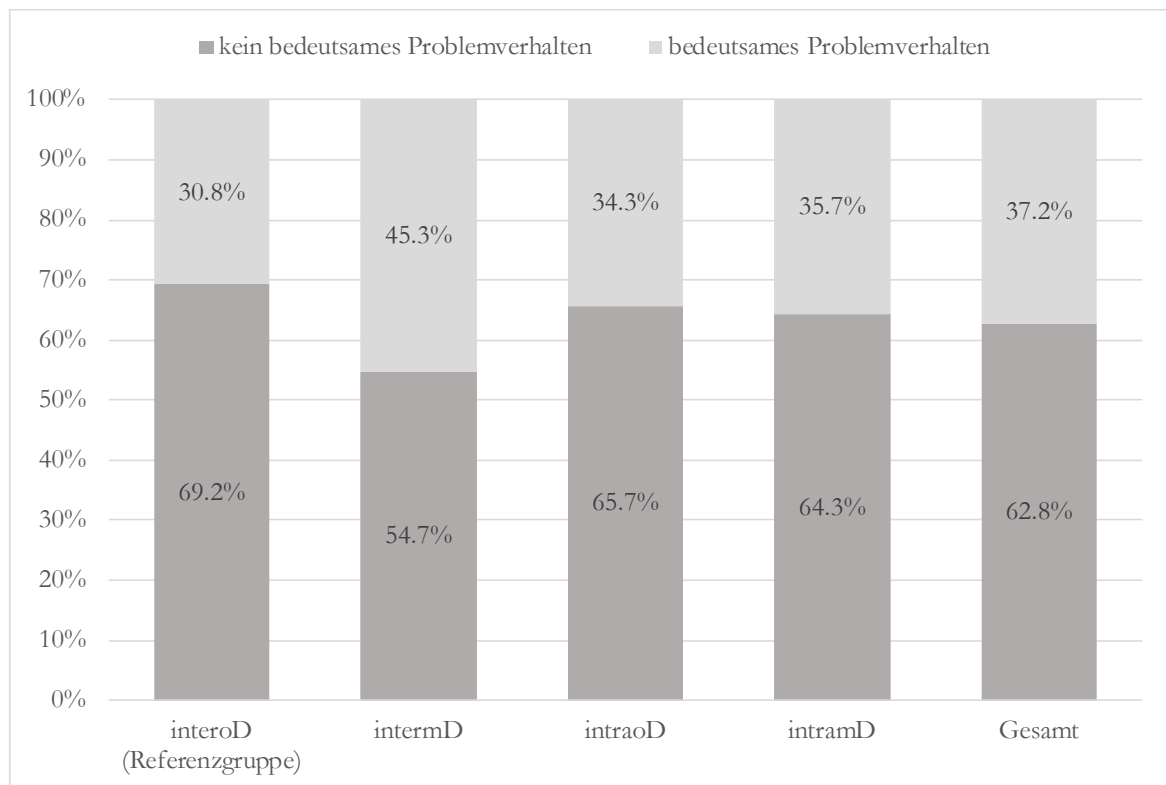
Für alle nachstehenden Auswertungen wird in Anlehnung an GÖRGEN (2010) eine neue dichotome Variable gebildet. Sie trägt den Titel *bedeutsames Problemverhalten*. Mit diesem Schritt soll eine vorschnelle Kriminalisierung von pflegenden Angehörigen vermieden werden. Um bspw. das einmalige absichtliche Ignorieren eines Wunsches nicht mit dem Würgen eines pflegebedürftigen Angehörigen gleichzusetzen, werden die verschiedenen Verhaltensweisen entlang der Kriterien *Schwere*, *Intensität* und *Breite* priorisiert. Folgende drei separate Bedingungen sind an die Zuordnung zur Variable *bedeutsames Problemverhalten* geknüpft:

- Erste Bedingung (*Schwere von Verhaltensweisen*): mindestens einmalige Viktimisierung in den letzten 12 Monaten: verprügeln, ohrfeigen, würgen, schubsen oder stoßen, treten, mit der Faust schlagen, absichtlich zu heiß oder zu kalt baden/duschen, absichtlich beleidigen, absichtlich ärgern, vor anderen lächerlich machen, Schamgefühle absichtlich verletzen, beruhigende Medikamente geben, Bewegungsfähigkeit einschränken, unerlaubt Geld/Wertgegenstände wegnehmen, sexuell belästigen.
- Zweite Bedingung (*Intensität von Verhaltensweisen*): mindestens fünfmalige Viktimisierung in den letzten 12 Monaten: grob anfassen, beschimpfen, auslachen, anschreien, respektlos behandeln, mit Worten bedrohen, Wünsche absichtlich ignorieren, absichtlich nicht waschen, nicht genug zu essen oder zu trinken geben, absichtlich lange auf Hilfe warten lassen, nicht rechtzeitig lagern, Verletzung nicht sorgfältig versorgen, Mundpflege vernachlässigen, Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln.

- Dritte Bedingung (*Breite von Verhaltensweisen*): Bedeutsames Problemverhalten ist auch dann gegeben, wenn mindestens drei Vorkommnisse aus der zweiten Bedingung je mindestens einmal berichtet werden.

Gemäß der drei Bedingungen zeigen 80 (37.2 %) familial Pflegende bedeutsames Problemverhalten gegenüber pflegebedürftigen, älteren Angehörigen. Dem stehen 135 (62.8 %) Personen gegenüber, bei denen ein solches Verhalten zu verneinen ist (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10: Bedeutsames Problemverhalten gegenüber pflegebedürftigen Angehörigen nach Pflegegruppen, in % der Befragten



Quelle: Eigene Darstellung

In Pflegebeziehungen zwischen erwachsenen Kindern und alten, dementiell erkrankten Eltern (intermD) tritt bedeutsames Problemverhalten mit 45.3 % (29) am häufigsten auf. Die drei verbleibenden Pflegegruppen zeigen deutlich geringere Prävalenzraten. Bei intergenerationalen Pflegebeziehungen (interoD) sind die Prävalenzraten mit 30.8 % (12) am geringsten.

7.3 Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen

Um die zweite zentrale Forschungsfrage, unter welchen Bedingungskonstellationen Gewaltanwendungen in der familiären, häuslichen Pflege wahrscheinlich sind, zu bearbeiten, ist der Einsatz multivariater Analysen notwendig. Diese erlauben es, Variablen zu identifizieren, die einen Einfluss auf Gewaltvorkommnisse ausüben. Die folgenden drei Hypothesen, welche

Risikofaktoren in der häuslichen Pflege alter Menschen beschreiben, sollen nun getestet werden.

- *Hypothese 2.1:* Erwachsene, pflegende Kinder, die den Pflegealltag als hohe subjektive Belastung wahrnehmen oder unter depressiven Symptomen oder einer Suchterkrankung leiden, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.
- *Hypothese 2.2:* Alte, körperlich pflegebedürftige Eltern, die selbst aggressive Verhaltensweisen zeigen, unterliegen einem erhöhten Risiko, Opfer von gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen durch erwachsene, pflegende Kinder zu werden.
- *Hypothese 2.3:* Pflegende, erwachsene Kinder, die sich mit ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern den Haushalt teilen oder die durch das soziale Umfeld keine Unterstützung erfahren, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.

7.3.1 Deskriptive Informationen zu allen unabhängigen Variablen

Zunächst werden alle unabhängigen Variablen, die sich in den drei Hypothesen finden, kurz beschrieben.

Pflegende Angehörige erleben im Mittel „manchmal“ Gefühle der emotionalen Erschöpfung (200, \bar{x} 2.93, SD 0.84). Dieser Durchschnittswert lässt keine besonders ausgeprägte *subjektive Belastung* der Befragten erkennen. Auch die Bewältigung belastender Pflegesituationen durch den *Konsum von Alkohol* (211, \bar{x} 1.55, SD 0.79) ist „selten“. Verbreiteter sind Erfahrungen mit der *Einnahme von Medikamenten* (210, \bar{x} 1.91, SD 1.29). Von den Teilnehmenden greifen rund 16 % entweder „oft“ (20, 9.5 %) oder „sehr oft“ (13, 6.2 %) zur Stressbewältigung auf Tabletten zurück.

Darüber hinaus sind die hohen *Depressivitätswerte* unter pflegenden Angehörigen auffällig. Im Rahmen der quantitativen Fragebogenstudie liegt das Mittel bei 5.46 (192, SD 3.11). Nach SHEIKH & YESAVAGE (1986) zeigt ein Wert zwischen sechs und zehn an, dass ein Verdacht auf Depressionen vorliegt. Solche Punktzahlen erreichen 76 (39.6 %) Befragte. Weitere 14 (7.3 %) Personen erlangen Werte von mehr als zehn. Das indiziert schwere Depressionen.

Neben gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen durch familial Pflegende können *aggressive Verhaltensweisen* auch von pflegebedürftigen Menschen ausgehen. Die statistischen Analysen belegen, dass davon nicht nur einzelne Familien berührt sind. Allerdings lässt der Fragebogen keine Rückschlüsse auf die Initiatorin bzw. den Initiator zu. Daher kann

die richtungsweisende Unterscheidung problematischen Verhaltens in Aktion oder Reaktion nicht eindeutig bestimmt werden.

Rund ein Drittel (69, 32.5 %) der Pflegenden kennt verbale Übergriffe⁶¹ durch pflegebedürftige Angehörige. Dabei treten *Beschimpfungen* (53, 25.0 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 55.50) und *Beleidigungen* (50, 23.8 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 48.71) am häufigsten auf. Bei den körperlichen Übergriffen⁶² fallen die meisten Nennungen auf *grobes Anfassen* (22, 10.4 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 21.94) sowie *Stoßen* (19, 9.0 %, Häufigkeit letzte 12 Monate 38.23).⁶³ Insgesamt sind 36 (17.0 %) Pflegende von physischen Übergriffen durch pflegebedürftige Angehörige betroffen.

Was das *Zusammenleben* betrifft, teilt sich die überwiegende Mehrheit der pflegenden Angehörigen mit den älteren, pflegebedürftigen Menschen den Haushalt (176, 81.1 %). Die übrigen 41 (18.9 %) Personen wohnen entweder im selben Gebäude (17, 7.8 %), leben fußläufig entfernt (14, 6.5 %) oder müssen zum Erreichen der Wohnung der pflegebedürftigen Personen das Auto benutzen (10, 4.6 %).

Wie überzeugt sind pflegende Angehörige, im Bedarfsfall auf die Unterstützung und die Ressourcen von Personen im sozialen Umfeld setzen zu können? Der Mittelwert von 139 privat Pflegenden liegt bei 2.42 (*SD* 0.84). Das entspricht etwa dem Zentrum der vierstufigen Skala (1 viel zu wenig Unterstützung, 4 so viel Unterstützung, wie ich will). Allerdings fällt auf, dass 78 (35.9 %) von 217 Befragten die 14 Items der Skala nicht vollständig beantwortet haben.

Insgesamt sind entlang der Pflegegruppen einzelne Kategorien von unabhängigen Variablen nur mit einer kleinen Anzahl von gültigen Fällen besetzt (vgl. Tabelle 21). Dazu gehören *Depressivität*, *Alkoholkonsum*, *Medikamentenkonsum*, *verbale Übergriffe* und *physische Übergriffe*. Um die nachfolgenden statistischen Analysen dennoch durchführen zu können, werden einzelne Antwortkategorien zu Gruppen zusammengefasst. An den relevanten Stellen der Ergebnisdarstellung wird darauf hingewiesen.

⁶¹ Zu den verbalen Übergriffen von pflegebedürftigen Personen werden die vier Items beleidigen, beschimpfen, mit Worten bedrohen und Unwahrheiten verbreiten gezählt.

⁶² Körperliche Übergriffe von pflegebedürftigen Personen werden durch 14 Items beschrieben: mit einem Gegenstand werfen, spucken, stoßen, grob anfassen, verprügeln, eine Ohrfeige geben, mit der Faust schlagen, treten, kratzen, beißen, an den Haaren ziehen, mit einem Gegenstand schlagen, mit einer Waffe bedrohen bzw. eine Waffe einsetzen.

⁶³ Die hohen Werte lassen sich durch Extremfälle erklären. So geben einzelne Befragte an, die jeweiligen Verhaltensweisen über einen Zeitraum von 12 Monaten täglich, d. h. 365-mal im Jahr, zu erleben.

Tabelle 21: Deskriptive Informationen zu allen Risikofaktoren nach Pflegegruppen, \bar{x} (SD) für stetige bzw. % für kategoriale Variablen

Unabhängige Variablen	Gesamt		interD (Referenzgruppe)		intermD		intraoD		intramD	
	N	%, \bar{x} (SD)	N	%, \bar{x} (SD)	N	%, \bar{x} (SD)	N	%, \bar{x} (SD)	N	%, \bar{x} (SD)
Subjektive Belastung	200	2.93 (0.84)	36	2.94 (0.63)	61	2.96 (0.86)	61	2.77 (0.93)	42	3.12 (0.83)
<i>Depressivität</i>	192	100.0	36	100.0	59	100.0	59	100.0	38	100.0
Keine Depression (<6)	102	53.1	19	52.8	37	62.7	28	47.5	18	47.4
Verdacht auf Depression (6-10)	76	39.6	13	36.1	19	32.2	27	45.8	17	44.7
Depression (>10)	14	7.3	4	11.1	3	5.1	4	6.8	3	7.9
<i>Alkoholkonsum</i>	211	100.0	39	100.0	63	100.0	68	100.0	41	100.0
Konsumiere nie	131	62.1	29	74.4	38	60.3	41	60.3	23	56.1
Konsumiere selten	50	23.7	6	15.4	10	15.9	20	29.4	14	34.1
Konsumiere manchmal	25	11.8	3	7.7	12	19.0	7	10.3	3	7.3
Konsumiere oft	5	2.4	1	2.6	3	4.8	—	—	1	2.4
Konsumiere sehr oft	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>Medikamentenkonsum</i>	210	100.0	37	100.0	65	100.0	67	100.0	41	100.0
Konsumiere nie	124	59.0	25	67.6	44	67.7	34	50.7	21	51.2
Konsumiere selten	26	12.4	5	13.5	6	9.2	11	16.4	4	9.8
Konsumiere manchmal	27	12.9	4	10.8	8	12.3	9	13.4	6	14.6
Konsumiere oft	20	9.5	—	—	5	7.7	9	13.4	6	14.6
Konsumiere sehr oft	13	6.2	3	8.1	2	3.1	4	6.0	4	9.8
<i>Verbale Übergriffe</i>	212	100.0	39	100.0	64	100.0	67	100.0	42	100.0
Keine Übergriffe	143	67.5	33	84.6	33	51.6	49	73.1	28	66.7
Übergriffe	69	32.5	6	15.4	31	48.4	18	26.9	14	33.3
<i>Physische Übergriffe</i>	212	100.0	39	100.0	64	100.0	67	100.0	42	100.0
Keine Übergriffe	176	83.0	37	94.9	51	79.7	57	85.1	31	73.8
Übergriffe	36	17.0	2	5.1	13	20.3	10	14.9	11	26.2
<i>Wohnsituation</i>	217	100.0	39	100.0	65	100.0	70	100.0	43	100.0
Kein gemeinsamer Haushalt	41	18.9	16	41.0	24	36.9	1	1.4	—	—
Gemeinsamer Haushalt	176	81.1	23	59.0	41	63.1	69	98.6	43	100
Soziale Unterstützung	139	2.42 (0.84)	32	2.60 (1.00)	41	2.57 (0.69)	41	2.24 (0.78)	25	2.25 (0.87)

Quelle: Eigene Darstellung (Bei Abweichungen zur Gesamtsumme handelt es sich um Rundungsfehler.)

7.3.2 Ergebnisse der schrittweisen, logistischen Regressionsanalyse

Nach der deskriptiven Darstellung aller unabhängigen Variablen folgen nun die Ergebnisse der schrittweisen, logistischen Regressionsanalyse. Es werden drei Modelle vorgestellt, welche die jeweils unabhängigen Variablen der drei Hypothesen beinhalten. Das Ziel ist es, zu untersuchen, inwieweit die identifizierten Risikofaktoren aus der Forschungsliteratur in der hier vorliegenden Fragebogenstudie einen Einfluss auf bedeutsames Problemverhalten seitens pflegender Angehöriger ausüben. Neben einer Gesamtübersicht aller gültigen Fälle werden die Ergebnisse für die vier Pflegegruppen erörtert.

- *Modell 1 (unabhängige Variablen der Hypothese 2.1):* subjektive Belastungen, Depressionen, Alkoholkonsum, Medikamentenkonsum
- *Modell 2 (unabhängige Variablen der Hypothese 2.2):* verbale und/oder physische Übergriffe seitens pflegebedürftiger Person
- *Modell 3 (unabhängige Variablen der Hypothese 2.3):* gemeinsamer Haushalt, wahrgenommene Unterstützung durch das soziale Umfeld
- Die *Kontrollvariablen* für alle drei Modelle sind die soziodemografischen Parameter *Geschlecht* und *Alter* der Teilnehmenden der Fragebogenstudie, d. h. den familial Pflegenden.

Modell 1: subjektive Belastung, Depression, Alkohol- bzw. Medikamentenkonsum

Die regressionsanalytische Betrachtung für alle pflegenden Angehörigen ergibt, dass *auffälliger Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie* (OR 2.24, 95 % KI 1.13-4.45, $p=0.021$) einen signifikanten Effekt⁶⁴ auf bedeutsames Problemverhalten ausübt. Demnach erhöht sich bei familial Pflegenden, die selten, manchmal, oft oder sehr oft Alkohol trinken, um mit den Belastungen des Pflegealltages fertig zu werden, die Eintrittswahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten gegenüber Personen, die nie trinken, um das 2.2-fache. Summarisch ist Modell 1 nur eingeschränkt geeignet, bedeutsames Problemverhalten in der häuslichen Pflege richtig vorherzusagen. Das Pseudo-Bestimmtheitsmaß Nagelkerke⁶⁵ nimmt einen niedrigen Wert

⁶⁴ Ein gebräuchliches Effektmaß ist das Odds Ratio (OR), das direkt aus dem Regressionskoeffizienten β berechnet wird. Es definiert das Chancenverhältnis für den Eintritt bzw. Nicht-Eintritt eines bestimmten Ereignisses. In dieser Arbeit betrifft dies den Eintritt bzw. Nicht-Eintritt für das Ereignis *bedeutsames Problemverhalten*.

⁶⁵ Das Pseudo-Bestimmtheitsmaß Nagelkerke gibt Aufschluss über die Erklärungskraft eines Modells. Die Werte können zwischen 0 und 1 liegen. Werte ab 0.2 gelten als akzeptabel, Werte ab 0.4 als gut und Werte ab 0.5 als sehr gut.

ein. Die Einflussvariablen können allein zu 11.1 % die Varianz der binären, abhängigen Variable bedeutsames Problemverhalten aufklären (vgl. Tabelle 22).

Richtet sich der Fokus auf die vier Pflegegruppen intergenerational ohne Demenz, intergenerational mit Demenz, intragenerational ohne Demenz und intragenerational mit Demenz, so werden wiederholt Differenzen sichtbar. Für die Gruppe der erwachsenen Kinder, die ein dementiell erkranktes Elternteil versorgen (intermD) sowie für partnerschaftliche Pflegebeziehungen ohne Demenz (intraoD) können keine Prädiktoren identifiziert werden.

Hingegen stellt in partnerschaftlichen Pflegebeziehungen mit Demenz (intramD) der *auffällige Medikamentenkonsum* (OR 20.80, 95 % KI 1.49-289.40, $p=0.024$) ein erhöhtes Risiko dar. Hier steigt die Eintrittswahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten um das 20.8-fache, wenn pflegende (Ehe-)Partnerinnen oder (Ehe-)Partner selten, manchmal, oft oder sehr oft Medikamente nehmen, um die Belastungen des Pflegealltages zu bewältigen.

Für die Gruppe der erwachsenen Kinder, die ein körperlich pflegebedürftiges Elternteil versorgen (intermD), besitzen *subjektive Belastungen* (OR 7.74, 95 % KI 1.02-60.50, $p=0.048$) eine Vorhersagekraft. Folglich steigt die Wahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten gegenüber körperlich pflegebedürftigen Eltern, je stärker sich pflegende Kinder subjektiv belastet fühlen. *Hypothese 2.1* kann also in Bezug auf die Variable *subjektive Belastungen* als bestätigt gelten. Allerdings ist kein Nachweis für *depressive Symptome* und *Suchterkrankungen* erbracht.

Modell 2: verbale und/oder physische Übergriffe seitens pflegebedürftiger Personen

Die Regressionsanalyse für die gesamte Stichprobe zeigt, dass *verbale und/oder physische Übergriffe* durch pflegebedürftige Personen (OR 2.06, 95 % KI 1.15-3.69, $p=0.015$) die Eintrittswahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten durch pflegende Angehörige um das 2.1-fache erhöhen (vgl. Tabelle 23).

Blickt man auf die vier einzelnen Pflegegruppen, so bestätigt sich ausschließlich bei erwachsenen Kindern von pflegebedürftigen Eltern ohne Demenz (interoD) der Effekt (OR 22.26, 95 % KI 1.76-282.05, $p=0.017$). Für die drei Pflegegruppen intergenerational mit Demenz, intragenerational ohne Demenz und intragenerational mit Demenz werden dagegen keine signifikanten Zusammenhänge sichtbar. Vor diesem Hintergrund kann *Hypothese 2.2* als bestätigt gelten. Damit unterliegen in der Fragebogenstudie alte, körperlich pflegebedürftige Eltern, die selbst aggressive Verhaltensweisen zeigen, einem erhöhten Risiko, Opfer von gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen durch erwachsene, pflegende Kinder zu werden.

Tabelle 22: Risikofaktoren (Modell 1) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression

Unabhängige Variablen	Gesamt		interoD (Referenzgruppe)		intermD		intraoD		intramD	
	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Konstante	0.40		0.00		0.45		0.10		1.30E+13	
Geschlecht (Kontrollvariable)	0.67	0.25-1.85	4.09	0.27-61.09	0.47	0.04-5.24	0.84	0.15-4.58	0.00	0.00-.
Alter (Kontrollvariable)	0.98	0.95-1.02	1.04	0.93-1.16	0.99	0.93-1.06	1.00	0.90-1.11	0.91	0.79-1.05
Subjektive Belastung (\bar{x})	1.51	0.94-2.43	7.74*	1.02-60.50	1.79	0.75-4.26	1.11	0.45-2.73	1.73	0.27-11.27
Depressivität auffällig (≥ 6) Ref. Depressivität unauffällig (< 6)	1.11	0.52-2.35	0.44	0.05-4.14	0.58	0.14-2.48	4.32	0.87-21.34	0.58	0.04-8.38
Alkoholkonsum auffällig ($> \text{nie}$) Ref. Alkoholkonsum unauffällig (nie)	2.24*	1.13-4.45	1.54	0.19-12.83	1.54	0.46-5.16	3.09	0.65-14.63	0.80	0.10-6.39
Medikamentenkonsum auffällig ($> \text{nie}$) Ref. Medikamentenkonsum unauffällig (nie)	1.23	0.60-2.51	0.78	0.10-6.13	0.81	0.20-3.29	0.83	0.20-3.41	20.80*	1.49-289.40
N	171		32		54		51		34	
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	0.111		0.290		0.096		0.200		0.510	

Quelle: Eigene Darstellung, OR: Odds Ratio oder Effekt-Koeffizient, KI: Konfidenzintervall, Signifikanzniveau: * $p \leq 0.05$

Tabelle 23: Risikofaktoren (Modell 2) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression

Unabhängige Variablen	Gesamt		interoD (Referenzgruppe)		intermD		intraoD		intramD	
	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Konstante	0.63		1.22		1.43		0.05		2.33E+10	
Geschlecht (Kontrollvariable)	0.96	0.43-2.13	0.54	0.04-7.93	0.35	0.03-3.65	2.02	0.61-6.71	0.00	0.00-.
Alter (Kontrollvariable)	0.99	0.97-1.02	0.99	0.90-1.08	1.00	0.95-1.06	1.02	0.95-1.09	0.94	0.86-1.03
Übergriffe (verb. u. / o. phys.) Ref. Keine Übergriffe	2.06*	1.15-3.69	22.26*	1.76-282.05	1.81	0.63-5.18	1.33	0.44-4.01	1.97	0.47-8.31
N	209		38		63		67		41	
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	0.041		0.285		0.041		0.050		0.279	

Quelle: Eigene Darstellung, OR: Odds Ratio oder Effekt-Koeffizient, KI: Konfidenzintervall, Signifikanzniveau: * $p \leq 0.05$

Modell 3: gemeinsamer Haushalt, Unterstützung durch das soziale Umfeld

Das dritte Model untersucht, inwieweit das *Zusammenleben* zwischen pflegebedürftiger und pflegender Person sowie die *wahrgenommene Unterstützung durch das soziale Umfeld* einen Einfluss auf die Kriteriumsvariable bedeutsames Problemverhalten haben.

Tabelle 24 verdeutlicht, dass weder für die gesamte Stichprobe noch für die vier einzelnen Pflegegruppen ein Effekt evident ist. Auf dieser Basis ist *Hypothese 2.3* abzulehnen. Demnach wirken sich in der Fragebogenstudie weder das Zusammenleben der Generationen noch die Art und Weise, wie die erwachsenen, pflegenden Kinder die Unterstützung durch das soziale Umfeld wahrnehmen, auf gewalttätige Handlungen und Vernachlässigungen gegenüber den alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern aus.

7.4 Familiäre Beziehungsmerkmale

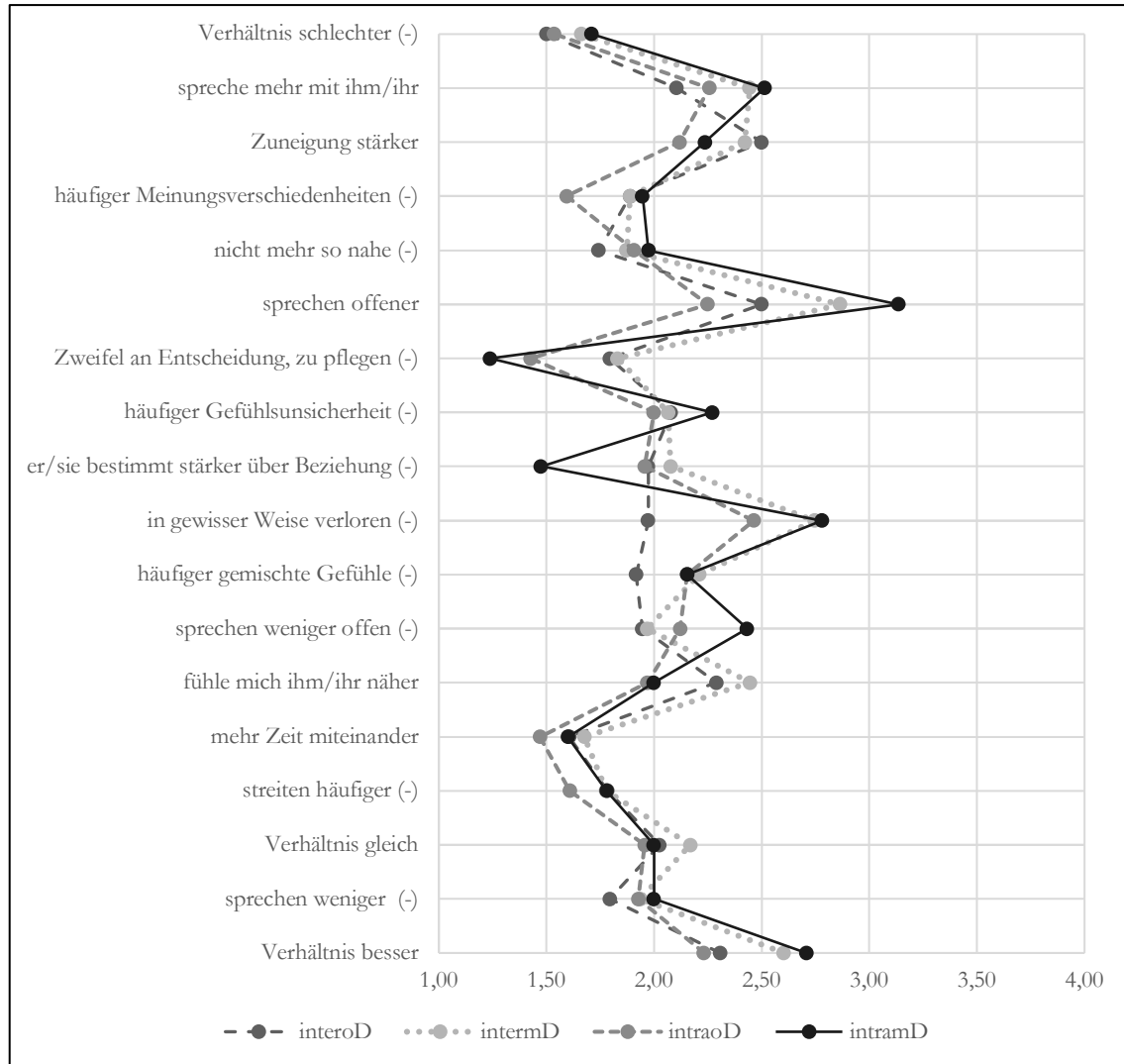
Aktuelle Forschungsergebnisse legen nahe, dass das Verhältnis zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person die Wahrscheinlichkeit von Gewaltvorkommnissen in der häuslichen Pflege beeinflusst (Kapitel 3). In diesem Zusammenhang lautet die dritte zentrale Frage: Inwieweit wird die aktuelle Pflegebeziehung von der Qualität der familiären Beziehungsgeschichte bestimmt? Dabei soll folgende Hypothese getestet werden:

- *Hypothese 3.1* Erwachsene, pflegende Kinder, die seit Eintritt der Pflege eine negative Beziehungsentwicklung zu ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern wahrnehmen, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.

Um die subjektive Wahrnehmung der Beziehungsentwicklung aus Sicht der pflegenden Angehörigen zu erfassen, ist für die Fragebogenstudie eine eigene Skala entwickelt worden. Deren Umfang beträgt ursprünglich 22 Items. Durch den Ausschluss von vier Items mit einer geringen Trennschärfe reduzierte sich die Anzahl der Items auf 18.

Abbildung 11 stellt die Mittelwerte aller 18 Einzelitems separat nach Pflegegruppen dar. Da die Aussagen in unterschiedliche Richtungen zeigen, wurde ein Teil der Items umcodiert. Danach spricht:

- ein *niedriger Mittelwert* für *keine Verschlechterung bzw. eine positive Entwicklung* der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person seit Eintritt der Pflege,
- ein *hoher Mittelwert* für eine *Verschlechterung bzw. eine negative Entwicklung* der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person seit Eintritt der Pflege.

Abbildung 11: Wahrgenommene Beziehungsentwicklung nach Pflegegruppen, Mittelwerte

Quelle: Eigene Darstellung, Die Skalierung reicht von 1 = *trifft genau zu* über 2 = *trifft eher zu*, 3 = *trifft eher nicht zu* bis 4 = *trifft gar nicht zu*. Items, die mit (-) gekennzeichnet sind, wurden umcodiert.

Im Mittel zweifeln familial Pflegenden nicht an der Entscheidung, die Pflege eines Angehörigen übernommen zu haben. Subjektiv nehmen sie wahr, seit Beginn der Pflege mehr Zeit miteinander zu verbringen. Das führt allerdings weder zu einer offeneren Kommunikation noch zu einer Verbesserung der Beziehung. Vielmehr scheint aus Sicht der pflegenden Angehörigen das Verhältnis zueinander im Wesentlichen so geblieben zu sein, wie es auch vor der Aufnahme von Pflege Tätigkeiten in der Häuslichkeit war.

Um einen Gesamtscore der Skala subjektive Wahrnehmung der Beziehungsentwicklung zu erhalten, wurden die Werte der 18 Einzelitems gemittelt. Insgesamt attestieren pflegende Angehörige der Beziehung zur pflegebedürftigen Person *eher keine Verschlechterung* (173, \bar{x} 2.03, SD 0.50). Dieser Gesamtscore fließt, getrennt nach Pflegegruppen, als unabhängige Variable in die abschließende binär logistische Regressionsanalyse ein (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 24: Risikofaktoren (Modell 3) zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression

<i>Unabhängige Variablen</i>	<i>Gesamt</i>		<i>interoD (Referenzgruppe)</i>		<i>intermD</i>		<i>intraoD</i>		<i>intramD</i>	
	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Konstante	1.59		1.79		1.20		0.47		4.36E+10	
Geschlecht (Kontrollvariable)	0.72	0.27-1.97	0.75	0.08-7.37	0.76	0.06-10.36	1.53	0.29-8.06	0.00	0.00-.
Alter (Kontrollvariable)	0.99	0.95-1.02	1.01	0.92-1.10	0.95	0.88-1.03	0.98	0.90-1.07	0.98	0.89-1.09
Gemeinsamer Haushalt <i>Ref. Kein gemeinsamer Haushalt</i>	1.80	0.71-4.59	1.40	0.26-7.48	1.74	0.41-7.33	–	–	–	–
Soziale Unterstützung	0.94	0.61-1.43	0.54	0.22-1.34	2.17	0.77-6.13	1.43	0.60-3.44	0.53	0.16-1.79
N	138		32		41		41		24	
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	0.023		0.102		0.138		0.031		0.315	

Quelle: Eigene Darstellung, OR: Odds Ratio oder Effekt-Koeffizient, KI: Konfidenzintervall, Signifikanzniveau: * $p \leq 0.05$

Tabelle 25: Wahrgenommene Beziehungsentwicklung zur Vorhersage für bedeutsames Problemverhalten (nach Pflegegruppen), binäre logistische Regression

<i>Unabhängige Variablen</i>	<i>Gesamt</i>		<i>interoD (Referenzgruppe)</i>		<i>intermD</i>		<i>intraoD</i>		<i>intramD</i>	
	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Konstante	0.50		0.00		1.95		0.98		1.69E+10	
Geschlecht (Kontrollvariable)	0.85	0.35-2.05	1.61	0.20-12.94	0.36	0.03-3.70	3.30	0.66-16.44	0.00	0.00-.
Alter (Kontrollvariable)	0.99	0.96-1.02	1.03	0.94-1.14	1.00	0.95-1.06	0.97	0.87-1.08	0.94	0.86-1.04
Beziehungsentwicklung	1.79	0.94-3.41	3.32	0.52-21.05	1.09	0.39-3.09	3.09	0.76-12.63	1.23	0.23-6.67
N	172		31		54		55		32	
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	0.038		0.103		0.021		0.095		0.281	

Quelle: Eigene Darstellung, OR: Odds Ratio oder Effekt-Koeffizient, KI: Konfidenzintervall, Signifikanzniveau: * $p \leq 0.05$

In diesem Kontext stellt sich die Frage: Steigt die Wahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten, wenn pflegende Angehörige eine negative Entwicklung zum pflegebedürftigen Familienmitglied wahrnehmen?

Die Regressionsanalyse für die gesamte Stichprobe weist darauf hin, dass es einen Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Beziehungsentwicklung und der Eintrittswahrscheinlichkeit für bedeutsames Problemverhalten gibt. Allerdings ist der Effekt schwach signifikant (OR 1.79, 95 % KI 0.94-3.41, $p=0.078$). Zugleich lässt sich für die vier einzelnen Pflegegruppen kein Effekt nachweisen. Somit muss *Hypothese 3.1* abgelehnt werden.

7.5 Kurze Zusammenfassung des quantitativen Ergebnisteils

Die statistischen Analysen weisen nach, dass alte, pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit Gewalt erfahren. Übergriffe durch pflegende Angehörige sind dabei keine seltenen Einzelfälle. Durchschnittlich alle zwei Wochen erleben rund 54 % der pflegebedürftigen Menschen irgendeine Form problematischen Tuns oder Unterlassens. Bedeutsames Problemverhalten zeigen, gemäß der drei Bedingungen *Schwere, Intensität und Breite* von Verhaltensweisen, 37.2 % der familial Pflegenden.

Die Referenzgruppe *intergenerationale Pflegebeziehungen ohne Demenz* (interoD) weist vergleichsweise geringe Prävalenzraten auf. Nichtsdestotrotz geben drei (7.7 %) erwachsene Kinder an, die alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern zu vernachlässigen. Jedes 10. Kind (4, 10.3 %) hat im letzten Jahr, physische Gewalt angewendet. Bei den psychischen Misshandlungen vervierfacht sich der Anteil nahezu (15, 38.5 %). Finanzielle Ausbeutungen und sexueller Missbrauch spielen keine Rolle.

Insgesamt konnten für die Referenzgruppe zwei Prädiktoren zur Vorhersage bedeutsamen Problemverhaltens identifiziert werden: *subjektive Belastungen* aufseiten der erwachsenen, pflegenden Kinder und *aggressive Verhaltensweisen* aufseiten der alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern. Im Themenfeld familiäre Beziehungsentwicklung zeichnet sich nur ein schwacher Trend ab. So scheint die wahrgenommene Verschlechterung der Beziehung bedeutsames Problemverhalten in der häuslich familialen Pflege insgesamt zu prädictieren.

Vor dem Hintergrund der eingesetzten Rekrutierungsstrategien und den sich daraus ergebenden soziodemografischen Besonderheiten der Befragungsteilnehmenden sind die Ergebnisse der Fragebogenstudie *Pflege älterer Menschen in der Familie* nicht ohne weiteres verallgemeinerbar. Auch wegen der geringen Fallzahlen (besonders pro Pflegegruppe) müssen die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. Möglicherweise bleiben aufgrund des kleinen Datensatzes Effekte in den Pflegegruppen unentdeckt.

8 Ergebnisse aus der qualitativen Interviewstudie

Das achte Kapitel legt die Resultate der Interviewstudie vor, in deren Zentrum zehn Pflegearrangements zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern stehen. Diese werden zu Beginn in Form von Kurzportraits vorgestellt (Kapitel 8.1). Im darauffolgenden Kapitel (Kapitel 8.2) wird der Blick auf die einzelnen Familien zugunsten einer fallübergreifenden Perspektive verlassen. Näher beleuchtet werden in dieser Studie drei Aspekte. Dies sind zunächst die Motive der erwachsenen Kinder, die Pflege der alten Eltern zu übernehmen (Kapitel 8.2.1). Sodann werden die beidseitigen Belastungserlebnisse ergründet (Kapitel 8.2.2), denn die Ergebnisse der Fragebogenstudie werden zeigen, dass subjektive Belastungen einen Effekt auf bedeutsames Problemverhalten haben. Zum Ende des Kapitels wird aufgezeigt, wie die Pflegebeziehung rückblickend bilanziert wird (Kapitel 8.2.3). Dieses Vorgehen dient dem Zweck, den Blick auf einzelne Familiensettings zu schärfen.

Im weiteren Verlauf des Kapitels verengt sich der Fokus auf die qualitativen Aspekte von Familienbeziehungen. Nunmehr werden die Auswirkungen von Pflegesituationen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern und dabei im Besonderen die Rolle von Ambivalenzen in Bezug auf gewalttätige Handlungen und Vernachlässigungen in drei Teilschritten anhand des empirischen Materials analysiert.

In einem ersten Schritt wird untersucht, ob und welche Ambivalenzerfahrungen seitens der Interviewten angesprochen werden. Dabei muss beachtet werden, dass Ambivalenzen latent oder manifest auftreten können. Von den bewusst wahrgenommenen Alltagserfahrungen, die in ein Gefühl des Hin- und Hergerissen seins münden, sind unbewusste Formen, die allein über vertiefende wissenschaftliche Analysen zugänglich sind, zu unterscheiden (Kapitel 8.3). In einem zweiten Schritt stellt sich die Frage, wie die Familien mit diesen Ambivalenzerfahrungen umgehen. Kristallisieren sich in Anlehnung an LÜSCHERS (2005, 2002, 2000) Modell bestimmte familiäre Beziehungstypen heraus (Kapitel 8.4)? Schließlich richtet sich in einem dritten Analyseschritt der Blick auf Gewalterfahrungen. Hier gilt zu fragen, bei welchen Familien der Umgang mit ambivalenten Erfahrungen zu gewalttätigen Handlungen bzw. Vernachlässigungen in der Pflege führt (Kapitel 8.5). Zum Abschluss des achten Kapitels werden die Ergebnisse der Interviewstudie kurz zusammengefasst (Kapitel 8.6).

8.1 Kurzportraits der Pflegearrangements

Zur kompakten Darstellung der inhaltlichen Schwerpunkte eines jeden Familiensettings wird eine deskriptive Fallbeschreibung (case summary) verfasst. Die ca. einseitigen, dossierartigen Zusammenfassungen geben die „Besonderheiten des Falls (...) [und] (...) zentrale Themen“ (WITZEL 2000: Absatz 24) wieder. Das wird illustriert durch einen prägnanten Kurztitel, den jede Familie trägt. Er spiegelt den roten Faden der Interviews wider. Für die Erstellung der Kurzportraits konnte die Autorin auf existierende Fallskizzen zurückgreifen, die im Rahmen des Projektes KuGiLaM für jedes Interview angefertigt wurden.

Neben soziodemografischen Merkmalen (Alter der interviewten Personen, Familienstand, Pflegestufe, Art der beanspruchten Leistungen) werden Aussagen zum Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Elternteils und die jeweiligen Unterstützungsleistungen der involvierten Personen getroffen. Diese Informationen stammen in der Mehrzahl aus dem *Sozialdatenbogen* (Kapitel 6.2.1) sowie aus dem *Codebaum zur Fallbeschreibung* (Kapitel 6.2.4). Ebenso werden Hinweise aus dem Postscript, etwa Auffälligkeiten oder Unterbrechungen im Gesprächsverlauf bei den Kurzportraits berücksichtigt.

Um die Anonymität der Interviewten zu gewährleisten, wird bei den verwendeten Zitaten in dieser Arbeit von den exakten geografischen Angaben der Wohnorte abgesehen. Zugleich werden den zehn Pflegesettings häufige deutsche Nachnamen von A wie Albrecht bis J wie Jansen zugeordnet. Die einzelnen Personengruppen erhalten einen Namenszusatz:

- *Senior* für die alten, pflegebedürftigen Eltern,
- *Junior* für die erwachsenen, pflegenden Kinder,
- *Profi* für die Mitarbeitenden der ambulanten Pflegedienste.

Zur gegenstandsnahen Darstellung der vorgefundenen Lebenswelten kommen an zahlreichen Stellen der familiären Kurzportraits die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner durch prägnante Zitate zu Wort. Um den Lesefluss zu verbessern, wird auf die wortgetreue Wiedergabe verzichtet. Stattdessen sind alle Wortwiederholungen bzw. Füllwörter z. B. ehm, ah, hm gestrichen; soweit keine inhaltliche Verzerrung des Gesagten damit verbunden ist.⁶⁶

⁶⁶ Bei der Angabe zur Fundstelle eines Zitates ist Folgendes zu beachten. Die Transkripte der Interviews wurden in einem ersten Schritt in die Auswertungssoftware MAXqda importiert, welches das gesamte Dokument nach Absätzen formatiert. Diesem Prinzip entspricht die nachstehende Zitation, d. h. die Zahlen in der Klammer beziehen sich auf die Absatznummierungen der Texte.

Die Originaltranskripte werden bei der Autorin aufbewahrt. Die langfristige Archivierung der Forschungsdaten ist sichergestellt.

8.1.1 Familie Albrecht (doppelte Pflege)

Die Pflegesituation dieser Familie besticht durch die gleichzeitige Unterstützung der pflegebedürftigen (Schwieger-)Eltern durch die (Schwieger-)Kinder. Dabei existiert zwischen den pflegenden Ehepartnern eine strikte Trennung. Der Ehemann versorgt seinen dementiell erkrankten Vater (78 Jahre). Seine Frau, die interviewte Frau Albrecht Junior, pflegt die eigene Mutter Frau Albrecht Senior (73 Jahre), welche an Multipler Sklerose (MS) leidet.

Zum Zeitpunkt des Gespräches mit der pflegenden Tochter muss der Ehemann wegen eines Leitersturzes im Krankenhaus behandelt werden. Dort infiziert er sich mit einem Keim, der seine Genesung hinauszögert. In der Folge muss die 46-jährige Ehefrau, trotz ihrer beruflichen Tätigkeit als Steuerberaterin, beide pflegebedürftigen Personen versorgen. Die akute Mehrfachbelastung zehrt an ihren Kräften.⁶⁷

Die pflegebedürftigen Elternteile sind beide bettlägerig und beziehen Leistungen der Pflegestufe III. Unterstützt wird das Pflegearrangement durch einen ambulanten Dienst, der täglich morgens und abends anwesend ist. Daneben suchen zwei Mal in der Woche Krankengymnastik und Ergotherapie den Haushalt auf. Diesen bewohnen die beiden pflegebedürftigen Elternteile allein. Es handelt sich hier um das Haus des (Schwieger-)Vaters, welches in der Nähe der pflegenden Kinder liegt. Obwohl sich die beiden ein gemeinsames Zimmer teilen und nur durch eine Stoffwand voneinander getrennt sind, spricht die pflegebedürftige Frau Albrecht Senior nicht mit dem Vater des Schwiegersohnes. Als „nicht so glücklich“ (Profi Frau Albrecht Senior: 66) empfindet auch der interviewte Mitarbeiter des ambulanten Dienstes die aktuelle Wohnsituation.⁶⁸

Um die Tochter trotz der räumlichen Entfernung immer erreichen zu können, steht der pflegebedürftigen Mutter ein Handy zur Verfügung. Seit einem letzten MS-Schub vor

⁶⁷ Im Interviewverlauf bittet die pflegende Tochter etwa in der 20. Minute darum, das Aufnahmegerät auszuschalten. Bei der Frage nach den Veränderungen seit Übernahme der pflegerischen Aufgaben beginnt sie zu weinen und schildert etwa 15 Minuten lang die Situation ihres Ehemannes. Die im Krankenhaus herrschenden unhygienischen Bedingungen zögern ihrer Meinung nach seine Entlassung und Rehabilitation hinaus.

⁶⁸ Auffällig abwertend äußert sich die pflegebedürftige Mutter Frau Albrecht Senior bereits im Vorfeld der Gesprächsaufzeichnung über den Vater des Schwiegersohnes: „Der interessiert mich überhaupt nicht“. Ihre Haltung unterstrich sie mit einem sehr geringschätzigen Gesichtsausdruck und einer abfälligen Handbewegung.

vier Jahren ist sie sehr stark in der Beweglichkeit ihrer Beine eingeschränkt. Vor diesem Hintergrund ist die Tochter in besonderer Weise um das gesundheitliche Wohl der Mutter besorgt und achtet darauf, Anzeichen für eine gesundheitliche Verschlechterung frühzeitig zu erkennen. Aktuell kann Frau Albrecht Senior allein bei der Nahrungsaufnahme (nach vorheriger mundgerechter Zubereitung) auf externe Hilfe verzichten. In allen anderen Bereichen ist sie auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen.

8.1.2 Familie Becker (falscher Sohn)

Zusammen mit seiner Lebensgefährtin Frau Becker Junior⁶⁹ unterstützt der 66-Jährige Herr Becker Junior (ehemals als Architekt tätig) seit ca. eineinhalb Jahren seine 91 Jahre alte Mutter. Frau Becker Senior arbeitete als selbstständige Kauffrau (ohne Ausbildung) und führte über Jahre ein eigenes Textilgeschäft.

Ansässig ist die pflegebedürftige Mutter in einer kleinen Wohnung im Hinterhaus des Sohnes. Sie lebt dort weitestgehend selbstständig und bedarf keiner regelmäßigen körperlichen Pflege. Gleichwohl ist sie aufgrund einer arthritischen Erkrankung in ihrer Motorik eingeschränkt. Bei vielerlei händischen Tätigkeiten wird sie vom Sohn und seiner Lebensgefährtin unterstützt. Auch bei der Kontoführung und beim Einkaufen leistet das Paar Hilfestellungen. Einmal pro Woche kommen jeweils eine Putzfrau sowie eine Freundin des Sohnes in den Haushalt, die sich neben hauswirtschaftlichen Dienstleistungen (u. a. Putzen, Einkaufen) auch im kommunikativen Bereich (u. a. Gespräche, Spaziergänge) engagieren. Beide Hilfen werden aus den bewilligten Pflegegeldleistungen der Pflegestufe I bezahlt.

Trotz der räumlichen Nähe zum Sohn, fühlt sich die Mutter „irgendwie fremd (...) und gehöre hier nicht her“ (Frau Becker Senior: 12). Das liegt einerseits an den unterschiedlichen Lebenseinstellungen der beiden Generationen. Die Mutter ist sehr traditionell und konservativ geprägt, wohingegen der Sohn eine ökologische Modellsiedlung bewohnt, die für einen alternativen Lebensstil steht. Auf spiritueller Ebene übt er sich seit Jahren in Yoga und Meditation.

Die Mutter bringt sehr deutlich zum Ausdruck, dass sie sich einem bereits verstorbenen Sohn emotional verbundener fühlte; „das ist mein Sohn gewesen, an dem, ich will nicht sagen, gehangen habe, aber der mir mehr lag als mein Sohn hier, nicht.“ (Frau Becker Senior:

⁶⁹ Bei der Befragung des pflegenden Sohnes kommentiert die anwesende Lebensgefährtin das Interview sehr stark. Vor diesem Hintergrund werden die Originalpassagen aus dem Interview mit „Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin“ zitiert.

24). Vor diesem Hintergrund empfindet sie das unterstützende Kind als falschen Sohn und das sie umgebende Wohnumfeld als falschen Ort.

8.1.3 Familie Conrad (Pflege als biografische Chance)

Die pflegebedürftige Mutter Frau Conrad Senior⁷⁰ ist 82 Jahre alt und wird von ihrer pflegenden Tochter Frau Conrad Junior (51 Jahre) versorgt. Die Mutter erlernte den Beruf der technischen Zeichnerin, den sie während des Krieges auch ausübte. Danach arbeitete sie als Verkäuferin in einem Café. Die pflegende Tochter war als Finanzbeamtin tätig. Sie ist jedoch infolge eines Unfalls erwerbsunfähig. Zur Eingruppierung in die entsprechende Pflegestufe werden unterschiedliche Angaben gemacht.⁷¹

Beide Frauen markieren als Beginn der Pflegebeziehung einen Sturz der Mutter im Jahr 2004, den sie zum Anlass nehmen, in einen gemeinsamen Haushalt zu ziehen. Für beide kommt dies eher überraschend, denn zurückliegende, über Jahre andauernde Konflikte schienen einer gemeinsamen Lebensphase entgegen zu stehen:

„Also, ich muss sagen, meine Mutter und ich, wir waren eigentlich ein Leben lang Feuer und Wasser. Also, ich habe niemals gedacht, dass ich mit der unter einem Dach leben könnte“ (Frau Conrad Junior: 54).

Gesundheitlich ist die Mutter wegen anhaltender Schwindelanfälle in ihrer Bewegungsfreiheit stark eingeschränkt und nur noch bedingt mobil. Oft folgen auf Fortbewegungsversuche erneute Stürze. Für derartige Notfälle trägt die Mutter ein mobiles Hausnotrufgerät am Körper. Ferner bedarf sie aufgrund anhaltender Atembeschwerden einer dauerhaften medikamentösen Behandlung. Die Tochter unterstützt sie im Alltag beim Anziehen, bei der Zubereitung der Mahlzeiten sowie der täglichen Körperpflege.

Momentan wird aus finanziellen Beweggründen auf die Einbindung eines ambulanten Pflegedienstes verzichtet. Zukünftig ist diese Option aber durchaus denkbar. Seitens der Tochter wird bei einer Verschlechterung ihres eigenen gesundheitlichen Zustandes die letzte Möglichkeit einer Heimübersiedlung nicht gänzlich ausgeschlossen, auch wenn die Mutter während eines zweiwöchigen Aufenthaltes in einer stationären Einrichtung schlechte Erfahrungen machte:

⁷⁰ Die pflegebedürftige Mutter leidet unter starken Atembeschwerden, die sich durch pfeifende, ächzende Geräusche auszeichnen. Aus diesem Grund ist eine Vielzahl von Interviewstellen nur sehr schwer verständlich.

⁷¹ Die Interviewpartnerinnen widersprechen sich in ihren Angaben bezüglich der aktuellen Pflegestufe. Die pflegende Tochter gibt an, Geldleistungen der Stufe I zu erhalten. Die pflegebedürftige Mutter antwortet auf die Höhe der Versorgungsleistung mit Stufe II.

„Und das weiß ich genau, lieber vorher sterben und nicht ins Heim. (...) Bemühen sich zwar um alles, versorgen dich da, aber das Elend (...) das ist so deprimierend“ (Frau Conrad Senior: 16-20).

8.1.4 Familie Dietrich (tückische Verwechslung)

Die studierte Sozialwissenschaftlerin Frau Dietrich Junior (57 Jahre), die zuletzt als Dozentin in der Erwachsenenbildung arbeitete, mittlerweile aber aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, pflegt ihre 82-jährige Mutter. Ein Unfall zwang die pflegebedürftige Frau Dietrich Senior zur Aufgabe des eigenen Haushaltes. Bei dem trank die ehemals als Küchenhilfe tätige Mutter versehentlich Brezellauge. Das ist eine stark verdünnte, lebensmitteltaugliche Natronlauge, die bei der Herstellung von Laugengebäck verwendet wird. Sie lebt nun im selben Hausaufgang wie die Tochter, jedoch in einer eigenen Wohnung. Da die pflegebedürftige Mutter auch nachts auf Hilfe angewiesen ist, schläft die Tochter bei ihr.

Ebenfalls im Wohnkomplex ansässig sind der Sohn der Pflegenden sowie ihr 55-jähriger Bruder mit Familie. Bis auf den Bruder unterstützen zahlreiche Familienmitglieder die Pflegende; vornehmlich im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (bspw. Mittagessen kochen) sowie bei Betreuungsaufgaben (bspw. Spaziergänge mit dem Rollstuhl). Zum Zeitpunkt des Interviews läuft das Beantragungsverfahren für eine Pflegestufe.

Bei dem erwähnten Unfall erleidet die pflegebedürftige Mutter schwere Verletzungen der Speiseröhre und der Lunge, die wöchentlich im Krankenhaus behandelt werden müssen und eine Magensonde notwendig machen. Die durch das Narbengewebe stark verengte Speiseröhre muss regelmäßig geweitet werden.

Nach Aussage der pflegebedürftigen Mutter kann sie gegenwärtig „fast gar nichts mehr“ (Frau Dietrich Senior: 135) selbständig bewältigen. Die andauernden Schmerzen werden mittels eines Morphium-Pflasters gelindert, welches alles drei Tage gewechselt werden muss und dessen Wirkung in der Regel am letzten Tag stark nachlässt. Bei der Mutter löst dies Zustände leichter Verwirrung, Beeinträchtigungen der Wahrnehmung, Unruhe und Aggressivität aus (ebd. 18). Doch allmählich verbessert sich dieser Zustand, so dass zukünftig eine Reduzierung des Pflegeaufwandes im Bereich des Möglichen liegt.

8.1.5 Familie Ebert (heimliche Heimplatzsuche)

In diesem Setting werden die 79-Jährige pflegebedürftige Frau Ebert Senior, ihre 48-Jährige als Bankkauffrau in Vollzeit arbeitende Tochter Frau Ebert Junior sowie eine ambulante

Pflegekraft (31 Jahre) befragt. Die erblindete Mutter, die bis zu ihrer Heirat 1950 als kaufmännische Angestellte tätig war, ist verwitwet und lebt in ihrer eigenen Wohnung. Die kinderlose Tochter teilt sich den Haushalt mit ihrem Ehemann.

Neben dem seit 1993 schleichenden Prozess der Erblindung kämpft die Pflegebedürftige mit einem zum Zeitpunkt der Interviewaufnahme nicht verheilten Beckenringbruch, den sie sich bei einem Sturz zuzieht. Gegen die Schmerzen erhält sie ein Morphin-Pflaster. Trotz der körperlichen Einschränkungen gestaltet sie ihren Alltag relativ autonom. So ist Frau Ebert Senior bspw. in der Lage, sich alleine anzuziehen und zu waschen.

Dreimal täglich versorgt ein ambulanter Pflegedienst die pflegebedürftige Mutter. Am Morgen übernimmt eine Mitarbeiterin die Behandlungspflege des aktuellen Dekubitus⁷² und bereitet das Frühstück zu. Auch mittags und abends richtet der ambulante Dienst die Mahlzeiten an. Die pflegende Tochter Frau Ebert Junior und ihr Bruder⁷³ teilen sich die verbleibenden Aufgaben und kümmern sich primär um den Haushalt, die Organisation des Schriftverkehrs, essen gemeinsam mit der pflegebedürftigen Mutter zu Abend und baden sie zweibis dreimal pro Woche. Der Ehemann der Tochter unterstützt das Setting, indem er die Einkäufe übernimmt.

Die Mutter beschreibt sich selbst als Zufriedene, die „keine Kratzbürste“ (Frau Ebert Senior: 203) sei. Sie möchte niemandem zur Last fallen. Das ist ihr aus den eigenen schwierigen Erfahrungen mit ihren (Schwieger-)Eltern wichtig. Das Verhältnis zur Tochter empfindet sie als gut:

„Naja, ich wie sie sich über mich ärgert, das weiß ich nicht, natürlich nicht. Aber nein, ich ärgere mich nicht über sie, kein bisschen. Das fände ich auch ungerecht, wo ich so viel Hilfe von ihr in Anspruch nehme (...)“ (Frau Ebert Senior: 231).

Dennoch äußert die Tochter den Wunsch, die Mutter zukünftig in einer fußläufig entfernten, stationären Altenpflegeeinrichtung versorgt zu wissen:

⁷² Während des Gesprächs zeigt sich deutlich der Zorn der pflegenden Tochter gegenüber dem behandelnden Arzt. „(...) dem könnte ich rechts und links welche anlegen, aber der müsste das eigentlich wissen. Ja, wir haben immer gesagt ‚Was ist das nur?‘ Ich hatte ihm dann auch schon mal einen Zettel geschrieben, weil ich vermute, meine Mutter findet, der muss da gar nicht so hingucken. Aber er hatte nur vom blauen Fleck gesprochen, und inzwischen habe ich mich schlau gelesen, was das da ist, was sie da hat. Ich finde das sehr schlimm“ (Frau Ebert Junior: 59).

⁷³ Wegen gesundheitlicher Probleme des Sohnes der pflegebedürftigen Mutter, die einen Krankenhausaufenthalt plus anschließender Rehabilitation bedürfen, konnte mit ihm kein separates Interview geführt werden.

„Was sie nicht weiß und auch nicht wissen darf, wir haben uns einen Pflegeplatz angeguckt (...) Und wir würden auch denken, wir würden sie nicht abschieben, aber sie denkt da anders. (...) Sie wird da nicht hinwollen“ (Frau Ebert Junior: 141-142).

8.1.6 Familie Fischer (typische weibliche Doppelbelastung)

In dieser Familie wird die 85-Jährige an Parkinson erkrankte und im Rollstuhl sitzende Frau Fischer Senior⁷⁴ (ehemals Näherin) seit sieben Jahren von ihrer Tochter Frau Fischer Junior gepflegt. Zugleich arbeitet die 55-Jährige in Vollzeit als Krankenschwester. Beide Frauen leben in getrennten Haushalten, wobei die Pflegende zusammen mit ihrem Ehemann das Nachbarhaus bewohnt.

Frau Fischer Senior, mittlerweile in Pflegestufe III, kann seit einiger Zeit weder ohne Rollstuhl sitzen noch zur Toilette gehen. Ferner leidet sie zum Zeitpunkt der Interviewaufzeichnung an einem Dekubitus, dessen Wundversorgung die Tochter leistet. Auch bei der Nahrungsaufnahme braucht sie wegen ihres Tremors zum Teil Unterstützung. Allerdings kann die pflegebedürftige Mutter selbständig schlucken und trinken. Ansonsten benötigt sie bei allen Alltagsverrichtungen Hilfe. Deshalb ruft sie die Tochter in der Nacht öfter an. Um ihren Stimmungsschwankungen entgegenzuwirken, erhält sie seit Jahren Antidepressiva. Auch die depressiven Symptome der pflegenden Tochter werden medikamentös behandelt.

Das Pflegesetting erhält im hauswirtschaftlichen Bereich Unterstützung durch eine weitere Tochter von Frau Fischer Senior.⁷⁵ Ein ambulanter Pflegedienst unterstützt die Familie, in Abhängigkeit von den Schichtdiensten der pflegenden Tochter, drei- bis viermal täglich. Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung ihrer Mutter äußert sich Frau Fischer Junior unzufrieden mit der fachlichen Kompetenz des Pflegepersonals (abgesehen von der jetzigen Bezugspflegerin). Vor allem bei der Lagerung und Inkontinenzversorgung traten in der Vergangenheit wegen eines bestehenden Dekubitus ernsthafte medizinische Probleme auf.

⁷⁴ Die pflegebedürftige Mutter äußert, sehr nervös und aufgeregt zu sein. Sie fragt mehrmals nach der Dauer der Unterhaltung, worauf die Interviewerin erklärt, dass dies in großer Abhängigkeit zu ihrer Gesprächsbereitschaft steht. Zudem ist auf Wunsch der Mutter die pflegende Tochter während des Interviews anwesend. Bei den Fragen zu „Reibungspunkten“ (Frau Fischer Senior: 189) fragt sie nach, ob ihr Rückzug erwünscht ist. Tatsächlich verlässt sie für einen Moment die Räumlichkeiten, kehrt aber zurück.

⁷⁵ Die angesprochene zweite Tochter übernimmt wegen ihrer körperlichen Reaktionen, z. B. aufkommende Übelkeit auf die Inkontinenzprobleme der Mutter, keine pflegerischen Aufgaben. Sie besucht die Mutter stattdessen einmal pro Woche, um ihr die Haare zu richten und den Haushalt zu säubern (Frau Fischer Senior: 115).

8.1.7 Familie Gerlach (Mehrgenerationenhaushalt)

In dieser Familie stehen die 93-jährige ehemalige Schneiderin Frau Gerlach Senior⁷⁶ (Pflegestufe III) und ihre 64-jährige verwitwete Tochter Frau Gerlach Junior⁷⁷ für ein Gespräch zur Verfügung. Die Mutter lebt bereits seit 13 Jahren im Haus der Pflegenden, das zudem von der 33-jährigen Enkelin bewohnt wird. Diese beteiligt sich ebenfalls an der Versorgung und übernimmt sowohl pflegerische als auch hauswirtschaftliche Aufgaben. Eine zweite Enkelin unterstützt das Pflegearrangement regelmäßig im hauswirtschaftlichen Bereich. Um die Verwaltung der finanziellen Ressourcen kümmert sich der Sohn von Frau Gerlach Senior.

Über die Ursachen ihres hohen Hilfebedarfes kann die pflegebedürftige Mutter keine genauen Angaben machen; „ich konnte nicht mehr“ (Frau Gerlach Senior: 101). Die Tochter beschreibt einen virusbedingten Krankenhausaufenthalt als Ausgangspunkt für den aktuellen Gesundheitszustand. Seitdem vollzieht sich eine stetige Verschlechterung. Die multimorbide Mutter leidet an Inkontinenz, kann nur für kurze Zeit im Rollstuhl sitzen, schläft sehr viel und muss sich wegen einer asthmatischen Erkrankung häufig erbrechen. Auch ihre Sinneswahrnehmungen wie Sehen, Riechen und Hören sind stark eingeschränkt. Zunehmende Sorge bereiten der pflegebedürftigen Mutter ihre Gedächtnisleistungen. So verwechselt sie nach eigenen Angaben häufiger die Uhrzeiten sowie Personennamen und spricht die Tochter öfter mit „Mutter“ an (Frau Gerlach Senior: 245).⁷⁸ Aufgrund dieses komplexen Krankheitsbildes kann sie „ich möchte sagen nichts“ (ebd. 126) alleine bewältigen.

Als besonderen Höhepunkt empfindet die Mutter das Zusammentreffen aller Familienmitglieder, d. h. des Sohnes, der Schwiebertochter, der Schwiegermutter der Tochter, der Enkelin und des Urenkels am Wochenende; „das ist für mich richtig schön“ (ebd. 95). Allein dann verlässt sie das Bett und gesellt sich zu den Mahlzeiten ins Wohnzimmer. Insgesamt

⁷⁶ Trotz der im Vorfeld getroffenen Absprache, dass die pflegende Tochter in einem anderen Zimmer bleibt, steht sie des Öfteren im offenen Türrahmen des Gesprächszimmers und korrigiert an einigen Interviewstellen die Aussagen ihrer Mutter (z. B. Geburtsdatum der Kinder). Außerdem muss die pflegebedürftige Mutter wegen ihrer Asthmaerkrankung in regelmäßigen Abständen stark husten und hat Schwierigkeiten mit ihrem Gebiss, welches ein deutliches Sprechen erschwert. Darunter leidet die Qualität der Aufzeichnung.

⁷⁷ Da die Befragte vermutet, dass die im Nachbarzimmer liegende pflegebedürftige Mutter und ihre Enkelin das Gespräch durch die offene Tür verfolgen, spricht Frau Gerlach Junior häufiger mit leiser, gedämpfter Stimme.

⁷⁸ Während des Interviews beantwortet Frau Gerlach Senior alle Fragen adäquat. Trotz der selbstberichteten, lückenhaften Erinnerungen konnte im Gesamteindruck keine ausgeprägte kognitive Einschränkung ausgemacht werden.

zeigt sich für die Mutter in der häuslichen Pflegeübernahme, dass sie eine „echte Familie“ sind (ebd. 214).

8.1.8 Familie Hoffmann (Rückzug der Familie)

Seit 2001 versorgt die 47-jährige Tochter Frau Hoffmann Junior ihre 72 Jahre alte, verwitwete Mutter. Frau Hoffmann Senior (Pflegestufe II) lebt zum Zeitpunkt des Interviews in einer Anlage für betreutes Wohnen⁷⁹. Der Umzug dorthin steht im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Situation. Sie ist seit einem Schlaganfall, der durch eine Operation an der verstopften Halsschlagader ausgelöst wurde, einseitig gelähmt. Seither kann sie sich nur noch im Rollstuhl fortbewegen und benötigt zudem beim Anziehen, Waschen und vielen Verrichtungen des alltäglichen Lebens Hilfe. Überdies bemerkt sie seit dem chirurgischen Eingriff kognitive Veränderungen:

„Ja. So Daten, die sind alle nicht mehr so ganz in meinem Kopf seit dem Schlaganfall. (...) Das ist dadurch alles so ein bisschen durcheinandergekommen“ (Frau Hoffmann Senior: 19-21).

Die pflegende Tochter ist gelernte Stenotypistin, die jedoch zum Zeitpunkt der Gesprächsaufzeichnung täglich fünf Stunden als Tagesmutter arbeitet. Bevor sie täglich die Kinder in der eigenen Häuslichkeit betreut, versorgt sie morgens die Mutter. Sie wäscht sie, kleidet sie an und bereitet ihr das Frühstück zu. Am Abend kümmert sie sich erneut um die Zubereitung der Mahlzeit und die Körperhygiene der Mutter. Darüber hinaus regelt sie alle finanziellen Angelegenheiten. Unterstützung erfährt das Arrangement durch regelmäßige Hilfen des Ehemannes von Frau Hoffmann Junior sowie zwei Freundinnen der Mutter, die einmal im Monat zu Besuch kommen und neben dem gemeinsamen Spielen auch pflegerische Aufgaben wahrnehmen.

Neben der pflegenden Tochter hat Frau Hoffmann Senior zwei weitere Kinder, die sich an der Pflege jedoch nicht beteiligen:

„(...) immer erscheint meine Schwester und hat so 'ne Krallen an die Finger, ja. Hat also für mich auch ein Zeichen dafür war, hier guck her, ich werde mich an der Pflege weitestgehend nicht beteiligen, ja“ (Frau Hoffmann Junior: 144).

Die Mutter bedauert den kompletten Rückzug der beiden anderen Kinder und wünscht sich deutlich mehr Kontakt. Als ursächlich für diese Entwicklung benennt Frau Hoffmann Junior

⁷⁹ In der Wohnanlage werden den Bewohnerinnen und Bewohnern freizeitorientierte Angebote wie gemeinsames Kochen, Etagentreffen oder Singkreise unterbreitet. Allerdings verfügt sie über keinen hausinternen Pflegedienst, sondern allein ein Hausnotrufsystem.

den Tod ihres Vaters vor etwa zehn Jahren. In dessen Folge sei „da auch vieles auseinander gegangen“ (Frau Hoffmann Junior: 177-180).

8.1.9 Familie Ihle (Todessehnsucht)

Die 95-jährige Frau Ihle Senior⁸⁰ (Pflegestufe I) lebt seit einer 12 Jahre zurückliegenden Lungentzündung in einer Seniorenwohnanlage⁸¹. Seitdem ist sie auf regelmäßige Unterstützungsleistungen angewiesen. Um die Mutter selbst versorgen zu können, gibt die pflegende Tochter Frau Ihle Junior (58 Jahre, ehemalige Beamtin) fünf Jahre nach dem Umzug dorthin ihre eigene Berufstätigkeit auf. Seit 1998 kommt sie nun vier- bis fünfmal wöchentlich für jeweils drei Stunden in den Haushalt der Mutter. Dort übernimmt sie eine Reihe hauswirtschaftlicher Tätigkeiten wie die Reinigung der Wohnung sowie das Einkaufen und Zubereiten der Mahlzeiten. Darüber hinaus braucht die Mutter bei der Körperpflege Hilfe.

Frau Ihle Junior bemerkt, gemessen am Alter der Mutter sei ihre körperliche und geistige Verfassung „sensationell“ (Frau Ihle Junior: 111). Allein eine Herzschwäche, Kraftlosigkeit sowie Schwindelgefühle und Unsicherheiten beim Gang schränken die Mutter ein. Letztere kompensiert Frau Ihle Senior mithilfe eines Rollators. Als bedeutsame, regelmäßige Termine schildert die pflegebedürftige Mutter den wöchentlichen Friseurbesuch und die monatliche Fußpflege. Darüber hinaus möchte sie seit etwa zwei Jahren die Wohnung kaum noch verlassen. Im Zusammenhang mit diesem Rückzug spricht sie an zahlreichen Interviewstellen davon, ihrem Leben keinen Sinn mehr abgewinnen zu können und fragt sich; „Für was bin ich noch auf der Welt?“ (Frau Ihle Senior: 244).

Frau Ihle Junior ist selbst körperlich eingeschränkt. Als Folge ihrer Steißgeburt hat sie seit ihrer Kindheit Hüft- und Rückenprobleme, die sich in den letzten Jahren verstärkten.

⁸⁰ Die pflegebedürftige Mutter lebt in sehr beengten Wohnverhältnissen. Diese ließen keine getrennte Befragung zu. Obwohl sich die pflegende Tochter in die Küche zurückzieht, sind auf dem Tonband Bemerkungen ihrerseits zu vernehmen. Desgleichen ist die Anwesenheit der pflegebedürftigen Mutter beim Gespräch mit der Tochter unvermeidbar. Auch sie kommentiert das Interview an einzelnen Stellen. Ferner macht Frau Ihle Senior bereits vor Beginn der Aufzeichnung einen nervösen Eindruck. Die pflegende Tochter versucht, sie zu beruhigen. Es scheint, als habe Frau Ihle Junior ihre Mutter zu einem Gespräch überredet. Nach dem Ende der Aufzeichnung betont Frau Ihle Senior immer wieder die Anstrengung des Interviews, und wie sehr sie nun gegen aufkommende Kopfschmerzen ankämpft.

⁸¹ Auch diese Wohnanlage für ältere Menschen verfügt über keinen eigenen Pflegedienst. Zudem ist aus Sparmaßnahmen die Beschäftigung der hausinternen Sozialarbeiterin eingestellt worden. Allerdings sind die Bewohnerinnen und Bewohner an ein Hausnotrufsystem angeschlossen, welches die Mutter bereits einmal in Anspruch nehmen musste. Zweimal wöchentlich teilt sie das Kaffeetrinken mit Menschen aus dem Haus. Außerhalb dessen besteht jedoch kaum Kontakt zu den Nachbarn.

Hinzu kommen auch bei ihr depressive Symptome, die aktuell medikamentös und in der Vergangenheit verhaltenstherapeutisch behandelt wurden. Unterstützt wird die pflegende Tochter im hauswirtschaftlichen Bereich von einer arbeitslosen Freundin und ihrem Ehemann. Mit beiden spricht sie offen über ihre Belastungen.

8.1.10 Familie Jansen (ehrenamtliche Vollzeitkraft)

Die 88-jährige alleinlebende Frau Jansen Senior⁸² (Pflegestufe I) wird von ihrer 64-jährigen Tochter Frau Jansen Junior, welche heute selbst im Ruhestand ist, versorgt. In der Regel kommt die Pflegende ein- bis zweimal täglich bei der Mutter vorbei. Dann übernimmt sie Aufgaben der Körperhygiene z. B. das Baden, der hauswirtschaftlichen Versorgung sowie der Unterstützung bei der Medikamentengabe und Erledigung des Schriftverkehrs. Um im Falle eines Sturzes den auf dem Nachbargrundstück wohnenden Enkelsohn alarmieren zu können, trägt Frau Jansen Senior einen Hausnotruf-Sender.

Seit mehreren Jahren leidet die pflegebedürftige Mutter an einer Vielzahl körperlicher Erkrankungen:

„Wissen Sie, ich habe Arthrose in den Knien, in den Händen, ich leide an Inkontinenz, ich habe Zucker und ich sehe fast nichts mehr. Also ja, mit dem Herz ist auch nichts in Ordnung, ist überhaupt nichts in Ordnung mehr“ (Frau Jansen Senior: 76).

Ihre Funktionseinschränkungen bei der Mobilität führten dazu, dass sie seit nunmehr 15 Jahren das Grundstück nicht verlassen hat. Auch sonst verbringt sie den Tag weitgehend inaktiv und sitzend „in meiner Ecke“ (ebd. 52).

Dennoch wünscht sich die pflegebedürftige Mutter Frau Jansen Senior, so lange wie möglich im eigenen Haus zu leben. Dort nutzt sie zur Fortbewegung einen Rollator. Ihre ärztliche Versorgung wird über monatliche Hausbesuche gesichert. Auf ihre geistige Leistungsfähigkeit angesprochen, äußert die Mutter: „Na ja, also ich und meine, das geht einigermaßen noch, das der Kopf ist eigentlich noch das einzige, was noch ein bisschen geht.“ (ebd. 170).

Frau Jansen Junior versorgt neben ihrer pflegebedürftigen Mutter den allein lebenden, geistig behinderten Bruder, dessen gesetzliche Betreuerin sie ist. Unter Anleitung hilft dieser

⁸² Wegen eines plötzlichen Krankenhausaufenthaltes kann das Gespräch mit der pflegebedürftigen Mutter erst zehn Wochen nach dem geplanten Doppeltermin mit der Tochter nachgeholt werden. Darüber hinaus besteht die Pflegende darauf, beim Interview anwesend zu sein. Trotz klarer Absprachen im Vorfeld gibt auch hier die Tochter zahlreiche Anmerkungen und übernimmt längere Antwortpassagen der Mutter.

der pflegebedürftigen Mutter bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder bei der Gartenarbeit. Der zweite Sohn von Frau Jansen Senior unterstützt ebenfalls gelegentlich bei Tätigkeiten im Haus. Eine weitere Tochter leistet wegen der räumlichen Entfernung allein emotionale Unterstützung für die Pflegende.

Frau Jansen Junior empfindet sich als ehrenamtliche Vollzeitkraft, die im Gespräch sehr deutlich ihre Überlastung zum Ausdruck bringt. Sie fühlt sich von der Gesellschaft mit den Pflegeaufgaben allein gelassen und von der Familie „(...) ausgenutzt, weil ich habe ja noch einen gesunden Bruder, dem sagt sie überhaupt nichts, also wenn der was macht, freiwillig, dann ist es gut (...)“ (Frau Jansen Junior: 118).

Trotzdem kommt die Unterstützung durch einen ambulanten Dienst für die pflegende Tochter nicht infrage. Aus ihrer Sicht machen die professionellen Anbieter „für 200 Euro Pflegegeld (...) die Haustür auf und zu, mehr machen die doch nicht.“ (ebd. 202).

8.1.11 Zwischenfazit

Die Kurzportraits erfüllen die Aufgabe, die Rahmenbedingungen der zehn Familien neutral, aber präzise zu beschreiben. Dazu gehört die Beantwortung der Fragen, wie es zur Übernahme pflegerischer Aufgaben gekommen ist, welche Einschränkungen vorliegen, wie sich die Wohnsituation gestaltet und welche Unterstützung das soziale Umfeld leistet. Dabei wurde vorerst auf eine Interpretation des Gesagten verzichtet. Die intensive Auseinandersetzung mit Beziehungsmerkmalen, Ambivalenzerfahrungen und problematischen Verhaltensweisen folgt in einem zweiten Schritt.

Insgesamt handelt es sich bei den Interviewten um eine vornehmlich weibliche Stichprobe. Nur zwei (8,7 %) der 23 befragten Personen sind Männer. Diese Zahl verweist auf die Dominanz von Frauen in der Pflege, die sowohl unter den professionellen Fachkräften, den informell Pflegenden, als auch den pflegebedürftigen Menschen besteht.

Das Durchschnittsalter lag bei den professionellen Fachkräften bei 35 Jahren, bei den informell Pflegenden bei 55 Jahren und bei pflegebedürftigen Menschen bei 84 Jahren. In zwei Pflegesettings teilen sich das pflegebedürftige, alte Elternteil und das pflegende, erwachsene Kind den Haushalt. Zudem sind vier (40 %) von zehn Kindern neben ihren pflegerischen Aufgaben auch beruflich gebunden. Die Dauer der Pflegebeziehung zwischen Eltern und Kindern reicht von 12 Monaten bis ca. 11 Jahre.

Eine zusammenfassende Darstellung der soziodemografischen Merkmale der zehn Familiensettings findet sich in Tabelle 26.

Tabelle 26: Soziodemografische Merkmale der zehn Familiensettings im Überblick

<i>Familiensetting</i>	<i>Interviewte Person</i>	<i>Alter in Jahren</i>	<i>Familienstand</i>	<i>Schulabschluss</i>	<i>Pflegestufe</i>	<i>Leistungsart</i>	<i>Religionszugehörigkeit</i>	<i>Geteilter Wohnraum</i>	<i>Aktuell berufstätig</i>	<i>HH-Nettoeinkommen in Euro</i>	<i>Anzahl Kinder</i>
Familie Albrecht (doppelte Pflege)	Frau Albrecht Senior	73	Verwitwet	8. Klasse	III	–	Nein	Nein	–	–	1
	Frau Albrecht Junior	46	Verheiratet	10. Klasse	III	Sachleistungen	Nein	Nein	Ja	4.000 und mehr	–
	Herr Albrecht Profi	33	Verheiratet	–	III	–	–	–	Ja	–	–
Familie Becker (falscher Sohn)	Frau Becker Senior	91	Geschieden	10. Klasse	I	–	Nein	Nein	–	–	1
	Herr Becker Junior	66	Partnerschaft	Abitur	I	Geldleistungen	Nein	Nein	Nein	2.000 bis 3.000	–
Familie Conrad (Pflege als biografische Chance)	Frau Conrad Senior	82	Verwitwet	8. Klasse	II	–	Kath.	Ja	–	–	1
	Frau Conrad Junior	51	Geschieden	10. Klasse	I	Geldleistungen	Nein	Ja	Nein	3.000 bis 4.000	–
Familie Dietrich (tückische Verwechslung)	Frau Dietrich Senior	82	Verwitwet	8. Klasse	I	–	Kath.	Nein	–	–	2
	Frau Dietrich Junior	57	Verheiratet	Abitur	Antrag	Antrag	Nein	Nein	Nein	3.000 bis 4.000	–
Familie Ebert (heimliche Heimplatzsuche)	Frau Ebert Senior	79	Verwitwet	8. Klasse	II	–	Evang.	Nein	–	–	3
	Frau Ebert Junior	48	Verheiratet	Abitur	I	Kombileistungen	Nein	Nein	Ja	4.000 und mehr	–
	Frau Ebert Profi	31	Ledig	–	I	–	–	–	Ja	–	–

Fortsetzung Tabelle 26: Soziodemografische Merkmale der zehn Familiensettings im Überblick

<i>Familiensetting</i>	<i>Interviewte Person</i>	<i>Alter in Jahren</i>	<i>Familienstand</i>	<i>Schulabschluss</i>	<i>Pflegestufe</i>	<i>Leistungsart</i>	<i>Religionszugehörigkeit</i>	<i>Geteilter Wohnraum</i>	<i>Aktuell berufstätig</i>	<i>HH-Nettoeinkommen in Euro</i>	<i>Anzahl Kinder</i>
Familie Fischer (typische weibliche Doppelbelastung)	Frau Fischer Senior	85	Verwitwet	Abitur	III	–	Nein	Nein	–	–	2
	Frau Fischer Junior	55	Verheiratet	Abitur	III	Sachleistungen	Nein	Nein	Ja	2.000 bis 3.000	–
	Frau Fischer Profi	41	Geschieden	–	III	–	–	–	Ja	–	–
Familie Gerlach (Mehrgenerationenhaushalt)	Frau Gerlach Senior	93	Verwitwet	8. Klasse	I	–	Nein	Ja	–	–	2
	Frau Gerlach Junior	64	Verwitwet	8. Klasse	III	Geldleistungen	Nein	Ja	Nein	2.000 bis 3.000	–
Familie Hoffmann (Rückzug der Familie)	Frau Hoffmann Senior	72	Verwitwet	8. Klasse	II	–	Kath.	Nein	–	–	3
	Frau Hoffmann Junior	47	Verheiratet	10. Klasse	II	Geldleistungen	Kath.	Nein	Ja	4.000 und mehr	–
Familie Ihle (Todessehnsucht)	Frau Ihle Senior	95	Verwitwet	8. Klasse	I	–	Evang.	Nein	–	–	1
	Frau Ihle Junior	58	Verheiratet	10. Klasse	I	Geldleistungen	Nein	Nein	Nein	1.500 bis 2.000	–
Familie Jansen (ehrenamtliche Vollzeitkraft)	Frau Jansen Senior	88	Verwitwet	8. Klasse	I	–	Nein	Nein	–	–	4
	Frau Jansen Junior	64	Geschieden	10. Klasse	I	Geldleistungen	Nein	Nein	Nein	k. A.	–

Quelle: Eigene Darstellung („–“ Die interviewte Person wurde dazu nicht befragt. „k. A.“ Die interviewte Person verweigerte die Aussage. Der erhobenen Indikator Haushalts-Nettoeinkommen ist an dieser Stelle erklärungsbedürftig. Zur Einkommenssituation wurden allein pflegende Kinder gefragt. Sie lebten allerdings in 8 von 10 Fällen nicht mit dem pflegebedürftigen Elternteil zusammen. Das bedeutet, ihre Antwort bezieht sich in Abhängigkeit vom eigenen Familienstatus entweder auf sie allein (z. B. Frau Jansen Junior, die allerdings die Aussage verweigerte) oder schließt den Ehe- bzw. Lebenspartner mit ein. Das betrifft die pflegenden Kinder der Familien Albrecht, Becker, Dietrich, Ebert, Fischer, Hoffmann und Ihle. Zum Indikator Anzahl der Kinder ist zu ergänzen, dass sowohl die pflegenden Kinder als auch die professionellen Pflegekräfte nach den im Haushalt lebenden Kindern gefragt wurden. Da sich diese Angabe nicht mit der Anzahl eigener Kinder decken muss, wird auf die Darstellung verzichtet.)

8.2 Fallübergreifende Themen

Im Rahmen der qualitativen Studie zu pflegenden Kindern und ihren pflegebedürftigen Eltern gibt es eine Vielzahl von Themen, die in allen Interviews zur Sprache kommen. Das ist einerseits dem methodischen Ansatz des problemzentrierten Interviews bzw. des Gesprächsleitfadens geschuldet. Es zeigt aber auch, dass die Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege eine gemeinsame Lebenswelt und wiederkehrende (Handlungs-)Muster erzeugen.

So fordert die häusliche Pflege eines Familienmitgliedes von allen Beteiligten vielfältige Lernprozesse. Dies betrifft keineswegs allein die Aneignung pflegerischer Techniken, sondern auch neue Formen körperlicher und emotionaler Nähe (vgl. GÖRGEN 2007: 126). Das Miteinander beinhaltet dabei positive Aspekte wie Belohnung und Anerkennung. Doch auch belastende Momente bestimmen die Pflegebeziehung auf beiden Seiten (Kapitel 8.2.2). Dieses Zusammenspiel wirkt sich in letzter Konsequenz auf das subjektive Wohlbefinden der Interviewten aus.

Um hinsichtlich problematischer Verhaltensweisen (Kapitel 8.5) schon jetzt den Blick für einzelne Pflegesettings bzw. Interaktionstypen zu schärfen, wird in diesem Kapitel eine erste Gedankenklammer formuliert. Dazu eignet sich das Ende aller Gespräche, das unter dem Vorzeichen eines *retrospektiven Bilanzierens* steht. Darunter ist die abschließende Bewertung der Interviewten gemeint, ob sie sich vor dem Horizont der bislang gesammelten Erfahrungen erneut für eine häuslich-familiäre Versorgung entscheiden würden. Auf pflegende Kinder bzw. pflegebedürftige Eltern, die diese Frage für sich verneinen, wird ein besonderes Augenmerk gelegt, denn dies können erste Anzeichen für schwierige Beziehungskonstellationen sein.

An den Beginn der folgenden fallübergreifenden Analyse rücken die jeweiligen individuellen Beweggründe für die Übernahme von Unterstützungsleistungen. Sie werden nachkommend skizziert.

8.2.1 Motive zur Übernahme der Pflege

Im Gegensatz zur Elternschaft können sich Familien auf die Pflege eines alten Menschen nur begrenzt vorbereiten. Die intensive neunmonatige Phase einer Schwangerschaft, die von medizinischen Vorsorgeuntersuchungen, Vorbereitungskursen und Vorfreude auf das ungeborene Kind geprägt ist, fehlt immer. Fragen zur zukünftigen Versorgung der alt gewordenen Eltern werden weniger ausführlich und offen diskutiert. Stattdessen ist die einsetzende Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern, ob plötzlich durch eine Erkrankung oder schleichend über viele Jahre entstanden, „stets als Krise und stressreiches Ereignis“ zu bewerten und

„zugleich eine Herausforderung für die Innovationsfähigkeit einer Beziehung“ (NÄGELE, KOTLENGA, GÖRGEN ET AL. 2010: 223).

Die Pflege eines Familienmitgliedes zu übernehmen, kann in unterschiedlichsten Motivlagen begründet sein. Welche altruistischen oder selbstwertdienlichen Beweggründe bzw. normativen Erwartungen (vgl. HALSIG 1995: 251) letztendlich für den Entschluss ausschlaggebend sind, wirkt sich auch auf die Gestaltung und das Gelingen bzw. Nichtgelingen einer Pflegebeziehung aus. Schließlich beeinflusst diese Entscheidung das eigene Leben häufig auf unbestimmte Zeit.

Insgesamt lassen sich aus dem zur Verfügung stehenden Interviewmaterial mit pflegenden Angehörigen vielfältigste Beweggründe generieren.⁸³ Sie sind in der nachfolgenden Tabelle 27 zusammengefasst. Die linke Spalte führt die aus dem Datenmaterial induktiv abgeleiteten Subkategorien auf. In der rechten Spalte wird wiedergegeben, wie häufig die einzelnen Subkategorien in den zehn Familien jeweils zur Sprache kommen; in Klammern werden die entsprechenden Settings benannt.⁸⁴ Die mittlere Spalte Definition verdeutlicht, unter welchen Voraussetzungen eine Textstelle unter eine Subkategorie zu subsumieren ist.

Zunächst einmal fällt auf, dass empathische Gründe wie *Liebe*, *Fürsorge* oder *Zuneigung*, die auf eine enge, positive Eltern-Kind-Beziehung schließen lassen, von keiner der zehn Pflegepersonen explizit aufgeführt werden. Das steht im deutlichen Kontrast zu den Ergebnissen der Sechs-Länder-Studie EUROFAMCARE.⁸⁵ Auch das auf Reziprozität basierende Austauschmotiv *Dankbarkeit* für vergangenes elterliches Handeln spielt eine stark untergeordnete

⁸³ Bereits im ersten Teil des Interviews werden pflegende Angehörige (direkt) um eine Einschätzung gebeten, warum sie die Pflege eines Elternteils übernommen haben (Anhang 11.2.2). Darüber hinaus geben die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner an zahlreichen weiteren Interviewstellen indirekt Auskunft über ihre Motivlagen. Auch diese Passagen fließen in die Auswertung ein, so dass die Anzahl der Beweggründe zwischen den Familiensettings variieren kann.

⁸⁴ Einschätzungen, die allein auf den Aussagen der professionellen Pflegekräfte beruhen, werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt. Eine Begründung hierfür liefert das *Swiss AgeCare-Projekt*. In der Schweizer Studie divergieren die Selbstberichte pflegender Angehöriger und die Fremdeinschätzungen ambulanter Dienste deutlich voneinander. So überschätzen die Fachkräfte emotionale Motive und unterschätzen Aspekte wie Alternativlosigkeit oder finanzielle Zwänge (vgl. PERRIG-CHIELLO & HÖPFLINGER 2012: 137ff.).

⁸⁵ Im Rahmen einer standardisierten Befragung geben von 3.684 (Schwieger-)Kindern und Geschwistern 55.7 % als Hauptmotiv für die Pflegeübernahme *emotionale Bindungen* an. Allerdings zeigen vertiefende Analysen, dass mit abnehmendem Verwandtschaftsgrad dieses Motiv als Hauptgrund abnimmt. Am höchsten ist der Wert mit 70.3 % bei (Ehe-)Partnerschaften (vgl. KOFAHL 2008: 140ff.).

Rolle.⁸⁶ Einzig die pflegende Tochter Frau Gerlach Junior deutet an, „aber also meine Mutti hat uns alleine groß gezogen“ (Frau Gerlach Junior: 131).

Tabelle 27: Motive erwachsener Kinder zur Übernahme pflegerischer Aufgaben

<i>Subkategorien zur Hauptkategorie „Motive zur Übernahme der Pflege“</i>	<i>Definitionen der Subkategorien</i>	<i>Nennungshäufigkeit (durch die pflegenden Kinder)</i>
Keine akzeptable Alternative	Erwachsene Kinder bringen zum Ausdruck, dass sie den alten Eltern eine Betreuung durch professionelle Dienste oder das Leben in einem Pflegeheim nicht zumuten wollen.	5 von 10 (Conrad, Dietrich, Fischer, Hoffmann, Ihle)
Verantwortungs- bzw. Pflichtgefühle	Die erwachsenen Kinder sehen sich in der Verantwortung bzw. Pflicht, die Pflege der alten Eltern zu übernehmen. Täten sie es nicht, würden sie das sprichwörtliche „schlechte Gewissen“ bzw. Schuldgefühle verspüren.	3 von 10 (Albrecht, Dietrich, Fischer)
Finanzielle Aspekte	Von der Pflege erwarten die Kinder einen finanziellen Vor- bzw. Nachteil für die alten Eltern oder sich selbst.	3 von 10 (Becker, Conrad, Jansen)
Biografische Passung	Die Kinder begründen die Pflege der alten Eltern mit ihren persönlichen Ressourcen. So bieten bspw. erst der Eintritt in den eigenen Ruhestand bzw. Phasen der Erwerbslosigkeit die Gelegenheit, den zeitlichen Freiraum zu pflegen. Außerdem spielt die Einstellung des Partners eine entscheidende Rolle.	3 von 10 (Conrad, Gerlach, Jansen)
Dankbarkeit	Aus Dankbarkeit für vergangenes elterliches Handeln übernehmen erwachsene Kinder die Pflege der alten Eltern.	1 von 10 (Gerlach)
Fehlende Antworten	Es liegen keine Aussagen zur Hauptkategorie „Motive zur Übernahme der Pflege“ vor.	1 von 10 (Ebert)

Quelle: Eigene Darstellung

Am häufigsten äußern die pflegenden Kinder, dass sie über *keine akzeptable Alternative* zur häuslichen Versorgung verfügen. Hierbei soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sie den pflegebedürftigen Eltern eine Betreuung „von Fremden“ (Frau Ihle Junior: 106), d. h. durch

⁸⁶ BOSZORMENYI-NAGY & SPARK (2013) sprechen in diesem Zusammenhang von existentieller Dankesschuld, „die daraus erwächst, dass Eltern und andere Betreuer sich auf vertrauenerweckende Weise des Kindes angenommen haben“ (ebd. S. 76).

professionelle Dienste oder das Leben in einem Alten- bzw. Pflegeheim, nicht zumuten wollen.⁸⁷ Interessanterweise beruht diese Einschätzung weniger auf direkten persönlichen Erfahrungen wie etwa bei Familie Conrad (Kapitel 8.1.3).⁸⁸ Vielmehr taucht in zwei der relevanten fünf Interviews ein zweites, paralleles Motiv auf. Hier benennen die Pflegenden das eigene *Verantwortungs- und Pflichtgefühl*⁸⁹ bzw. familiäre Erwartungen, die an sie gestellt werden, als weiteren Beweggrund bei der Entscheidungsfindung zur Übernahme pflegerischer Aufgaben.⁹⁰ „Ich habe bestimmte Pflichten und die muss ich ausführen, das ist mir bewusst“ (Frau Fischer Junior: 242).

Schließlich kommen bei drei Familien auch finanzielle und wirtschaftliche Erwägungen zum Tragen, deren Ursprung zum Teil bis weit in die Vergangenheit reicht. So zwingt eine Scheidung den pflegenden Sohn Herrn Becker Junior (147-154), den materiellen Forderungen seiner damaligen Frau nachzukommen und ihr die Hälfte des Wertes einer gemeinsamen Immobilie ausbezahlen. Um die finanziellen Ansprüche tilgen zu können, bittet er seine Mutter, ihr eigenes Haus zu verkaufen und bietet im Gegenzug Wohnraum auf seinem Grundstück an. Auf diese Art entsteht bereits in den 1980er Jahren eine gemeinsame Wohnsituation (Kapitel 8.1.2). Bei zwei weiteren Familien wird aus Gründen der Kostenersparnis davon abgesehen, die pflegebedürftigen Mütter in einer stationären Einrichtung betreuen zu lassen:

„Und dann habe ich gesagt ‚Das hat alles keinen Zweck, dann musst du eben jetzt ins Heim‘, das war so mein allererstes und na ja gut und dann habe ich halt in [XY], wo sie her ist, im Heim geguckt, mir das alles angeguckt und auch die Kosten und sich mit dem ganzen Kram beschäftigt und dann kommt schon raus, dass also trotz Pflegestufe,

⁸⁷ „I: Ja ich würde gerne ein bisschen mehr darüber erfahren, wie es dazu gekommen ist, dass Sie Ihre Mutter heute pflegen? B: Tja, weil gar keine andere Möglichkeit für uns infrage kam, Pflegedienst find ich unmöglich. I: Haben Sie damit Erfahrungen gemacht? (...) Erfahrungen habe ich gemacht hier im Haus, wenn ich also sehe, dass zu der gleichen Frau sechs, sieben verschiedene Leute kommen und die teilweise gar nicht weiß, wer das ist, und das finde ich also unzumutbar, deshalb käme das nie infrage“ (Frau Ihle Junior: 88-92).

⁸⁸ Das INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2009) kommt bei einer repräsentativen Befragung zu dem Ergebnis, dass Personen, die über keine konkreten Eindrücke von Pflegeeinrichtungen verfügen, diese deutlich negativer beurteilen als jene mit persönlichen Erfahrungen. So gehen lediglich 24 % der Befragten ohne, im Gegensatz zu 58 % mit Realbild, von einem respektvollen Umgang der Einrichtung mit ihren pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern aus (ebd. S. 22-23).

⁸⁹ „Wenn ich sie in einem Altenheim hätte, auf Dauer, wäre ich kreuzunglücklich, weil das könnte ich nicht aushalten. Da könnte ich nicht hingehen und sie besuchen und sagen: ‚Dein Zimmer ist schön und wie geht’s dir heute‘, und wenn ich da hinkomme, läuft der Fernseher mit irgendeiner Gerichtsshow oder so; ich weiß einfach, dass es das ist es nicht, das kann es nicht sein, damit könnte, ginge es mir nicht gut“ (Frau Dietrich Junior: 72).

⁹⁰ Die gesellschaftliche Norm, alt gewordene Eltern zu unterstützen, ist in Deutschland sozialrechtlich verankert. So sind Kinder dazu verpflichtet, für die Sicherstellung der Pflege finanziell aufzukommen (vgl. §§ 1601 ff. BGB).

und die steigen ja proportional mit an, also ich bin da noch mit einer ordentlichen Einlage dabei, so von wegen Taschengeld, Fußpflege und diese Geschichten“ (Frau Conrad Junior: 54).

Nicht zuletzt spielen die biografischen Umstände der pflegenden Kinder eine zentrale Rolle. Erst der eigene Austritt aus dem Erwerbsleben ermöglicht es den Töchtern Frau Conrad Junior, Frau Gerlach Junior und Frau Jansen Junior, die alle drei nicht (mehr) verheiratet sind, die frei gewordene Zeit in die Pflege der Mütter zu investieren. Aber auch räumliche Gründe, wie die Wohnort-Entfernung von Geschwisterkindern zu den alten Eltern, beeinflussen die Entscheidung, wer im Falle von Hilfebedürftigkeit die Versorgung übernimmt:

„(...) meine Schwester wohnt in [XY] (...) die scheidet aus. (...) Ein Bruder ist behindert, da habe ich die Vormundschaft, also den betreue ich praktisch als ehrenamtlicher Betreuer. Und der andere Bruder, ja der geht in drei Schichten arbeiten (...). Und dadurch blieb ja bloß ich, (...) am Anfang bin ich ja auch nach der Arbeit gekommen und so, aber als ich dann `95 in Nullstunden Kurzarbeit ging, da war ich ja zu Hause, da hatte ich ja dann die entsprechende Zeit“ (Frau Jansen Senior: 138).

Es ist zu vermuten, dass es den pflegenden Kindern aufgrund der familiären und beruflichen Situation schwerfällt, Argumente gegen die Übernahme der Pflege zu formulieren. Die vermeintliche Ungebundenheit macht es den Frauen möglicherweise schwerer, den Pflegeumfang zu begrenzen und eigene Lebensziele zu verfolgen.

8.2.2 Beidseitiges Belastungserleben

Seit Anfang der 1990er Jahre beleuchten zahlreiche Forschungsarbeiten Belastungserfahrungen im Kontext familialer Altenfürsorge (Kapitel 1.4). Auch das vorliegende Interviewmaterial der zehn untersuchten intergenerationalen Pflegesettings gibt Hinweise auf subjektiv wahrgenommene Belastungen. Sie werden sowohl aufseiten der pflegenden erwachsenen Kinder als auch aufseiten der pflegebedürftigen alten Eltern formuliert. Nachfolgend werden die aus dem Datenmaterial gewonnenen Belastungsfaktoren vorgestellt.⁹¹

8.2.2.1 Belastungen seitens pflegender Kinder

Die subjektiv wahrgenommenen Belastungsfaktoren pflegender erwachsener Kinder können verschiedenen Ebenen zugeordnet werden: einer direkten und einer indirekten. Bei ersterer handelt es sich um subjektiv erlebte Belastungen, die im direkten Zusammenhang mit der

⁹¹ Es handelt sich um Sachverhalte, welche die Befragten selbst als belastend artikulieren, d. h. eine Zuschreibung von Seiten der Autorin bzw. eine reine Deskription, die sie mit einem negativen Gefühl verbinden, reicht als Subsumption unter den Belastungsbegriff nicht aus.

pflegebedürftigen Person stehen. Das betrifft sowohl pflegebezogene Aspekte als auch bestimmte Verhaltensweisen der alten Eltern. Die zweite Ebene steht in Zusammenhang mit den Routinen des Pflegealltages und beschreibt persönliche Einschränkungen und Zwänge, die sich daraus ergeben.

Direkte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder

Augenscheinlich berichten pflegende Kinder eher vereinzelt von Belastungssituationen, die sich direkt auf die pflegerische Versorgung der alten Eltern beziehen (vgl. Tabelle 28). Das deutet darauf hin, dass die durch Pflegeverrichtungen notwendige körperliche Nähe zu den bedürftigen Eltern, z. B. bei der Intimpflege, nicht per se negative Gefühle erzeugt. Allein eine pflegende Tochter spekuliert, dass die zukünftige Übernahme intimpflegerischer Aufgaben ihren Kompetenzbereich überschreiten würde:

„Was für mich mal eine ganz große Belastung wäre, wenn ich sie auch nur so im Intimbereich vielleicht waschen oder Hintern abputzen oder solche Sachen müsste, machen müsste, ich glaube, da hätte ich Grenzen. Denn ich bin Bankkaufmann und keine Krankenschwester, und das hatte auch so seinen Grund, dass ich diesen Beruf gewählt habe und eben nicht einen pflegenden zum Beispiel. Und da hätte ich Grenzen, aber so dieses Baden und abtrocknen und eincremen und Wunden versorgen, das ist kein Problem“ (Frau Ebert Junior: 170).

Tabelle 28: Direkte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder

<i>Subkategorien zur Hauptkategorie „Direkte Belastungsfaktoren“</i>	<i>Definitionen der Subkategorien</i>	<i>Nennungshäufigkeit (durch die pflegenden Kinder)</i>
Mangelnde Dankbarkeit	Die erwachsenen Kinder wünschen sich, dass die pflegebedürftigen Eltern ihre Unterstützung stärker honorieren.	5 von 10 (Becker, Conrad, Dietrich, Ebert, Hoffman)
Lebensmüde Eltern	Der Lebensüberdruß bzw. die Todessehnsucht der Eltern wird von den pflegenden Kindern als Belastung wahrgenommen.	3 von 10 (Dietrich, Ebert, Ihle)
Abschied und Tod	Die erwachsenen Kinder fürchten sich vor dem Tod der Eltern.	1 von 10 (Gerlach)
Grenzen von Kompetenzen	Die Kinder äußern, dass bestimmte Pflegesituationen, z. B. die Intimpflege, ihre Kompetenzen überschreiten.	1 von 10 (Ebert)

Quelle: Eigene Darstellung

Deutlich belastender ist die Auseinandersetzung mit dem nahenden Lebensende der Eltern, welche letztlich die erwachsenen Kinder mit der eigenen Sterblichkeit konfrontiert (vgl. KOCH-STRAUBE 1995). So fällt es den drei pflegenden Töchtern Frau Dietrich Junior,

Frau Ebert Junior und Frau Ihle Junior schwer, mit dem Lebensüberdruß und der Todessehnsucht der pflegebedürftigen, alten Mütter umzugehen. Dass die Eltern aufgeben, ruft nicht selten bei den pflegenden Kindern Gefühle der Frustration hervor. Sie sind auch darüber enttäuscht, dass die Eltern ihre Einsatzbereitschaft und ihren persönlichen Verzicht nicht gebührend schätzen:

„Und es gibt Tage, da wacht sie morgens auf und sagt: ‚Ich will nicht mehr, ich kann nicht mehr, ich möchte sterben‘, und dann es ist das falsche Programm. ‚Ich mache, ich rei mir hier den Hintern auf, damit du gesundwirst, und dann machen wir alles schön. Da kannst du jetzt nicht sagen, du willst sterben, das ist eine ganz andere Nummer, dass du, da müssen wir, ne, das sieht anders aus‘. ‚Ja, du hast ja Recht, Kind‘, und dann geht’s wieder“ (Frau Dietrich Junior: 26).

Indirekte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder

Auf der Ebene indirekter Belastungsfaktoren benennen die Pflegenden die *Fremdbestimmung in der Alltagsgestaltung* als belastend (vgl. Tabelle 29). Einerseits ist der Tag in seinem Ablauf vom morgendlichen Aufstehen bis zum abendlichen Zubettgehen sehr stark vorstrukturiert. Indes können immer wieder unkontrollierbare, bspw. krankheitsbezogene, Veränderungen wie ein verstopfter Katheter (Frau Albrecht Junior: 22) diesen Ablauf aus dem Gleichgewicht bringen. Vor diesem Hintergrund beschreiben die Betroffenen ihre Situation als „Gefängnis“ (Frau Conrad Junior: 102). Sie stehen in einer vierundzwanzig Stunden umfassenden Abrufbereitschaft und fühlen sich dadurch „angenagelt“ (ebd. 50, 52, 82).

Mit dem zeitlichen (an-)gebunden Sein geht einher, dass für eigene Interessen kaum freie Zeit bleibt; spontane Entscheidungen gehen verloren (Familie Ihle Junior: 230). Stattdessen stehen die Bedürfnisse des gepflegten Elternteils im Zentrum des Alltagsgeschehens. Die andauernde Rücksichtnahme wird zum Teil als Fremdbestimmung erlebt: „Manchmal habe ich also eine unheimliche Wut auf sie, dass sie mich so einengt“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 178).

Für die Mehrheit der pflegenden Kinder ergeben sich *persönliche Einschränkungen* in einem oder mehreren Lebensbereichen (Beruf, Freizeitgestaltung, Partnerschaft, Finanzen, soziale Kontakte). So rücken vormals ausgeübte Aktivitäten in den Hintergrund oder müssen völlig eingestellt werden (Frau Ebert Junior: 166). Dann werden bspw. Urlaubspläne komplett verschoben oder die Besuche im Kino, die Arbeit im Garten seltener.

Aber nicht nur die Freizeitgestaltung, sondern auch die Intensität aktueller Partnerschaften, die Entwicklung neuer Beziehungen bzw. die Kontakthäufigkeit zu Freunden unterliegt großen Veränderungen. Je länger die Pflegesituation andauert, umso ausgeprägter vollzieht sich dieser Prozess:

„(...) ich könnte gar keine Beziehung eingehen, das wäre ja nie drinne, welcher Mann lässt sich das gefallen, dass ich dauernd auf der Matte stehe und dauernd nur so rumrenne“ (Frau Jansen Junior: 210).

„Meine Außenaktivitäten sind quasi gleich null, (...) also ich hatte mir beispielsweise schon im Februar letzten Jahres Karten besorgt (...) hab mich gefreut wie Bolle, für mich und für Freunde, weil ich mach das immer gerne für mehrere Menschen, die mir lieb sind (...) sämtliche Karten habe ich weggegeben. Weil da ging's ihr noch so schlecht, da habe ich noch nicht, hab keine Ruhe, ich das hätte ich nicht ausgehalten, ich hätte mich da nicht ins Theater setzen können und mir noch so einen guten Kabarettisten angucken können, das ging nicht“ (Frau Dietrich Junior: 62).

Nicht immer reagieren der Freundeskreis oder weitere Familienmitglieder mit Toleranz und Beistand auf eine solche Umbruchphase. Stattdessen nehmen einige pflegende Kinder eine *mangelnde Unterstützung des sozialen Umfeldes* wahr und fühlen sich sozial isoliert. So beklagen die pflegenden Töchter der Familien Dietrich, Hoffmann und Jansen, dass sich bspw. Geschwister aus der Neuorganisation des Alltages zurückziehen und die alt gewordenen Eltern weder bei pflegerischen noch hauswirtschaftlichen Aufgaben unterstützen. Sie fühlen sich deshalb von der Familie „auch ausgenutzt“ (Frau Jansen Junior: 118):

„Also wissen Sie, bei meinem Bruder war es so gewesen, der stöhnte schon, da lag meine Mutter noch (...) in dem ersten Krankenhaus, da kam von meinem Bruder schon diese Bemerkung, wie sehr ihm eben sein Fußball fehlt und wie sehr sein Leben auf den Kopf gestellt ist durch Muttis Krankheit, obwohl er also längst nicht jeden Tag da war“ (Frau Hoffmann Junior: 128).

Und so werden nach Aussage der pflegenden Tochter Frau Hoffmann Junior trotz des fehlenden Engagements der Geschwister seitens der Mutter „ihre drei Kinder immer so völlig über einen Kamm geschert“ (ebd. 142). Um „des lieben Friedens willen“ vermeidet sie die Konfrontation. Hier äußert die Pflegende den Wunsch, dass die Mutter „das Zepter in die Hand nimmt und Tacheles redet“ (ebd. 188).

Auch bei Bekannten und Freunden ist das Thema Pflege eines, das nicht so gut „ankommt“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 213) und auf Unverständnis stößt. Die benötigte emotionale Unterstützung durch das soziale Umfeld beschränkt sich dann auf „Smalltalk“ und „Plattitüden“ (ebd. 216).

Schließlich gibt es drei pflegende Kinder, die sich um weitere Familienangehörige kümmern müssen. Sie leisten zusätzliche Unterstützung für einen Ehepartner im Krankenhaus (Frau Albrecht Junior), eine hilfebedürftige Schwiegermutter (Frau Hoffmann Junior) und einen behinderten Bruder (Frau Jansen Junior).

Tabelle 29: Indirekte Belastungsfaktoren seitens pflegender Kinder

<i>Subkategorien zur Hauptkategorie „Indirekte Belastungsfaktoren“</i>	<i>Definitionen der Subkategorien</i>	<i>Nennungshäufigkeit (durch die pflegenden Kinder)</i>
Persönliche Einschränkungen in den Lebensbereichen Beruf, Freizeitgestaltung, Partnerschaft, Finanzen, soziale Kontakte	Die erwachsenen Kinder müssen aufgrund ihrer Verpflichtungen gegenüber den pflegebedürftigen Eltern ihre Freizeit und/oder ihre sozialen Kontakte und/oder ihren Beruf und/oder ihre Finanzen teilweise oder ganz einschränken, und/oder sie müssen in ihrer Partnerschaft auf gemeinsame Lebenszeit verzichten.	9 von 10 (Albrecht, Becker, Conrad, Dietrich, Ebert, Fischer, Hoffmann, Ihle, Jansen)
Fremdbestimmung in der Alltagsgestaltung	Die pflegenden Kinder belastet, dass sie im Alltag gezwungen sind, Rücksicht zu nehmen, in ihren Entscheidungen nicht mehr frei sind und sich zeitlich angebunden fühlen.	6 von 10 (Albrecht, Becker, Conrad, Hoffmann, Ihle, Jansen)
Mangelnde Unterstützung des sozialen Umfeldes	Die erwachsenen Kinder bedauern, dass das soziale Umfeld (Freunde bzw. Geschwister) ihnen weder instrumentelle Unterstützung noch emotionales Verständnis entgegenbringt.	4 von 10 (Becker, Dietrich, Hoffmann, Jansen)
Pflege bzw. Unterstützung weiterer Personen	Die erwachsenen Kinder betreuen neben dem pflegebedürftigen Elternteil weitere Personen.	3 von 10 (Albrecht, Hoffmann, Jansen)

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt decken sich die Ergebnisse mit zahlreichen Studien der letzten Jahre zum Thema Belastungen in der häuslichen Pflege (vgl. DÖHNER, KOFAHL, LÜDECKE ET AL. 2008; MALY 2001; SCHMIDT & GRÄSSEL 2012; SCHNEPP 2002).

8.2.2.2 Belastungen seitens pflegebedürftiger Eltern

Bisher stehen bei der Analyse subjektiv erlebter Belastungen in der ambulanten Versorgung mehrheitlich pflegende Angehörige im Zentrum wissenschaftlicher Auseinandersetzungen. Studien, die sich mit der Perspektive pflegebedürftiger Menschen beschäftigen, fehlen weitestgehend, sowohl im deutschsprachigen als auch internationalen Raum.

Ein möglicher Grund ist in der Konzentration auf das Thema Demenz zu suchen. Aktuellen Prognosen zufolge steigt die Zahl der dementiell erkrankten Menschen, sofern ein medizinischer Durchbruch ausbleibt, jährlich um 40.000 in Deutschland (vgl. DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT 2014). Zukünftig stellt die adäquate Versorgung dieses Personenkreises eine große Herausforderung für den Sozialstaat dar. Die Suche nach Lösungswegen bzw. Umgangsstrategien mündet in zahlreiche Untersuchungen und Publikationen zu Pflegebeziehungen mit dementiell Erkrankten (Kapitel 3). Mit dieser thematischen Fokus-

sierung gehen jedoch zahlreiche methodische Probleme einher. Wegen der typischen Krankheitssymptome wie Vergesslichkeit, Desorientierung, Konzentrations- und Sprachstörungen ist die Befragbarkeit der Betroffenen nur eingeschränkt möglich. In der Folge entsteht eine einseitig verengte Darstellung häuslich biografischer Lebenswelten aus dem Blickwinkel pflegender Angehöriger.

Mit dem hier verfolgten Ansatz der familiensoziologischen Beziehungsanalyse von alten, körperlich eingeschränkten Eltern und ihren erwachsenen, pflegenden Kindern wird beiden Seiten die Gelegenheit geboten, ihre persönliche Sichtweise zu schildern. Welche subjektiven Belastungserfahrungen die pflegebedürftige Elterngeneration im häuslichen Umfeld sammelt, ist Gegenstand des nachfolgenden Abschnittes.

In der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial wird deutlich, dass sich in der Familie Gepflegte zuvorderst durch Veränderungen belastet fühlen, die im Zusammenhang mit ihrem Gesundheitszustand stehen. Dann erst beschreiben die alten Eltern, dass sie bestimmte Verhaltensweisen der erwachsenen Kinder oder den Pflegealltag als bedrückend bzw. stressreich wahrnehmen. Eine Übersicht der identifizierten Belastungsfaktoren aufseiten pflegebedürftiger Eltern findet sich in Tabelle 30.

Am stärksten belasten die alt gewordenen Eltern ihre *nachlassenden körperlichen und geistigen Kräfte* sowie *der Verlust von individuellen Fähigkeiten*, die in der Vergangenheit bspw. das Schreiben, Lesen, Singen, Stricken, Backen, Einkaufen oder Reisen ermöglichten. Als besonders einschneidend erleben sie, wenn körperliche Funktionen wie die eigenständige Fortbewegung, Nahrungsaufnahme und Toilettengänge, die für die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit bedeutsam sind, abnehmen. „Ich musste Abschied nehmen, dass ich das nicht mehr machen kann“ (Frau Fischer Senior: 106). Diese Veränderungen des Körperbildes hinterlassen auch Spuren in der emotionalen Verfassung pflegebedürftiger Menschen:

„Und so bin ich eben jetzt nun hier ein, ein armes Hascherl und bin sehr traurig darüber, ja, dass man doch jetzt ebenso im Rollstuhl sitzen muss. (...) ich weiß nicht, ob man immer wieder noch sagen kann: ‚Na ja, es ist, es gibt Schlimmeres‘, aber ich selbst empfinde das doch als ganz schön schlimm. Wenn man immer so ‘n Irrwisch gewesen ist, also ich war immer für alle da. (...) und bin jetzt doch so als Oma so gar nichts mehr wert“ (Frau Hoffmann Senior: 65).

Mit dem Anstieg gesundheitlicher Probleme können auch *einschneidende Veränderungen in den Lebensbereichen Wohnen und soziale Kontakte* einhergehen.⁹² So machen bauliche Barrieren (Stufen, Ofenheizung) oder räumliche Entfernungen den Verbleib in der bisherigen Wohnung unmöglich. Konsequenterweise nehmen die interviewten, pflegebedürftigen Mütter vom gewohnten Umfeld Abschied, was sich auf die Qualität und Quantität ihrer sozialen Kontakte auswirken kann: „Jetzt sind es nur zwei [Bekannte], die immer noch anrufen“ (Frau Conrad Senior: 68).

Von Pflegebedürftigkeit Betroffene erleben häufig sehr bewusst, dass sie wegen der benötigten Unterstützung in besonderer Weise von ihren Angehörigen abhängig sind (sieben von zehn). Keine Gegenleistung anbieten zu können, sondern durch den hohen Bedarf an Unterstützung allein Hilfeempfangende zu sein, erleben sie als äußerst belastend: „Ist doch furchtbar, wenn man immer andere behelligen muss“ (Frau Jansen Senior: 157). Daraus resultiert eine Zurückhaltung bei der Artikulation eigener Wünsche (Pflegekraft von Frau Fischer Senior: 291-292), Schuldgefühle und die *Sorge, als „Last“ empfunden zu werden*.

„Da hatte ich noch mein eigenes Leben. Und jetzt hier, aber das ist wunderbar. Aber ich möchte trotzdem, dass sie eigentlich nicht so viel Arbeit hat mit mir. (...) Weil das auch nicht schön ist. Hier bloß so rumhängen, wenn man nicht mehr Toilette für sich selber machen kann, keinen Po mehr putzen, der Arm geht nicht mehr“ (Frau Conrad Senior: 68).

Bei sechs von zehn alten, pflegebedürftigen Eltern spitzen sich solche negativen Gedanken und Gefühle weiter zu. Sie sehen in ihrem durch große gesundheitliche Einschränkungen geprägten Leben keinen Sinn. Durch das kontinuierliche Schwinden der eigenen Kräfte *fehlt* es ihnen an *Lebensperspektive*. In Einzelfällen wird sehr deutlich der Wunsch geäußert, sterben zu wollen: „(...) ich wünsche mir, dass ich bald meine Augen zu mache“ (Frau Ihle Senior: 162).

Bei pflegerischen Verrichtungen ist körperliche Nähe unvermeidbar. Das kann bei den alten Eltern zu Unwohlsein führen. *Scham- und Peinlichkeitsgefühle* werden sowohl gegenüber professionellen Fachkräften als auch gegenüber Familienangehörigen artikuliert:

„I: (...) wie war das denn für Sie, als Sie pflegebedürftig wurden? B: Furchtbar. Furchtbar. Wie der Mann, der gestern, der ist ja der Chef und wie der hier war, hat mich

⁹² Auch die alten, pflegebedürftigen Eltern erleben den zunehmenden Unterstützungsbedarf als Umbruchphase, denn in allen Lebensbereichen ergeben sich wegen der gesundheitlichen Einschränkungen Veränderungen. Diese werden nicht per se als negativ empfunden. So kann ein Umzug zu den erwachsenen Kindern neue Qualitäten räumlicher und emotionaler Nähe erzeugen. Vor diesem Hintergrund werden unter die Kategorie „Persönliche Einschränkungen“ allein negativ konnotierte Äußerungen subsumiert.

gepflegt, ich habe das ja noch nie gehabt, dass mich ein Mann wäscht“ (Frau Albrecht Senior: 74-75).

Darüber hinaus sprechen ältere, pflegebedürftige Menschen Aspekte an, die nicht zwingend mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen korrespondieren, sondern die aus der fehlenden Interaktion mit den sie umgebenden Personen und ihrer Umwelt resultieren (vgl. Tabelle 30). So empfinden die drei pflegebedürftigen Mütter Frau Conrad Senior, Frau Ihle Senior und Frau Jansen Senior ihren Tagesablauf als monoton und „sehr langweilig“ (Frau Ihle Senior: 82-84). Ferner bestimmen Gefühle der Einsamkeit ihren Alltag: „Na ja, wie fühlt man sich? Einsam manchmal, sehr einsam. Meine Tochter kann ja nicht immer hier sitzen, die hat ja auch ihren Haushalt. Und das ist schon manchmal schwer“ (ebd. 160).

Tabelle 30: Subjektiv erlebte Belastungen seitens pflegebedürftiger Eltern

<i>Subkategorien zur Hauptkategorie „Belastungsfaktoren“</i>	<i>Definitionen der Subkategorien</i>	<i>Nennungshäufigkeit (durch die pflegebedürftigen Eltern)</i>
Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten	Die alt gewordenen Eltern belastet, dass ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten nachlassen. Sie erleben das als Verlust ihrer Selbstständigkeit.	8 von 10 (Albrecht, Becker*, Conrad, Dietrich, Ebert, Fischer*, Hoffmann, Jansen)
Sorge, als „Last“ empfunden zu werden	Die alten Eltern belastet, allein Hilfeempfangende zu sein und den erwachsenen Kindern durch den hohen Bedarf an Unterstützung zur Last zu fallen.	7 von 10 (Albrecht, Conrad, Dietrich*, Fischer*, Hoffmann*, Ihle, Jansen*)
Fehlende Lebensperspektive, Todeswunsch	Die alten Eltern sehen in ihrem Leben, welches durch große gesundheitliche Einschränkungen geprägt ist, keinen Sinn.	6 von 10 (Becker, Conrad, Dietrich*, Ebert*, Gerlach, Ihle)
Scham- und Peinlichkeitsgefühle	Den alten Eltern ist die körperliche Nähe bei pflegerischen Verrichtungen bspw. bei der Inkontinenzversorgung oder beim Baden unangenehm.	5 von 10 (Albrecht*, Conrad, Ebert*, Fischer*, Jansen)
Persönliche Einschränkungen in den Lebensbereichen Wohnen und soziale Kontakte	Die alten Eltern erleben aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme in den Lebensbereichen Wohnen und soziale Kontakte persönliche Einschränkungen.	4 von 10 (Albrecht, Conrad, Fischer*, Hoffmann)
Monotone Tagesabläufe, Langeweile, Einsamkeit	Die alten Eltern erleben ihren Tagesablauf als monoton bzw. langweilig. Sie fühlen sich einsam.	3 von 10 (Conrad, Ihle, Jansen)
Situative Veränderungen belasten	Wenn von gewohnten Tagesabläufen und Routinen abgewichen wird, belastet das die alten Eltern.	2 von 10 (Conrad*, Fischer*)

Quelle: Eigene Darstellung (*Die Einschätzung stammt ganz oder teilweise von Dritten, entweder den pflegenden Kindern oder der Pflegekraft des ambulanten Dienstes.)

Schließlich beschreiben zwei pflegende Töchter, dass *situative Veränderungen* bei ihren Müttern Belastungen hervorrufen. Das ist immer dann der Fall, wenn gewohnte Tagesabläufe und Routinen, z. B. durch äußere Umstände, gestört werden: „(...) wenn der Sozialdienst dann mal später kommt, da wird die doch schon unruhig, also Veränderungen belasten sie sehr, regen sie sehr auf“ (Familie Fischer Junior: 169).

8.2.3 Retrospektive Bilanzierung

Um den Blick auf einzelne Pflegesettings zu schärfen, wird an dieser Stelle eine erste Gedankenklammer formuliert. Zu diesem Zweck richtet sich der Blick auf das Ende aller Gespräche. Das steht unter dem Vorzeichen *retrospektiven Bilanzierens*. Darunter ist die abschließende Bewertung der Interviewten zu verstehen, ob sie sich vor dem Horizont der bisher gesammelten Erfahrungen erneut für die häuslich-familiäre Versorgung entscheiden würden.⁹³

Die drei vorherrschenden Antwortmuster auf diese Frage reichen vom *uneingeschränkten Festhalten* an der bisherigen Konstellation über einige *unentschlossene, schwankende* Aussagen bis hin zu einer *verneinenden Haltung*.⁹⁴ Dabei variieren die Antwortmuster nicht allein zwischen den zehn Familien. Auch innerhalb eines Pflegesettings können divergierende Meinungen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, pflegebedürftigen Eltern auftreten.

Überwiegend äußern die Interviewten, dass sie die bisherige Konstellation erneut präferieren würden (vgl. Tabelle 31). Bei vier Familien kommen sowohl Eltern als auch Kinder zu dieser Einschätzung. Es gibt aber auch drei pflegende Frauen, bei denen retrospektiv betrachtet *Aufwand* und *Ertrag* in keinem günstigen Verhältnis zu stehen scheinen:

„Ich würde ehrlich gesagt zwischen Baum und Borke stehen, weil die moralische Seite mich zwingt (...), aber also der Aufwand normalerweise so groß ist und das verschlechtert sich ja, der wird ja immer größer, dass ich eigentlich sagen würde nee“ (Frau Jansen Junior: 262).

Frau Ihle Junior beschreibt, auf die „psychische Belastung“ und den „sehr hohen persönlichen Einsatz“ (Frau Ihle Junior: 388), der ihrer Meinung nach weit über die zeitlichen Vorgaben des Sozialgesetzes hinausgeht, nicht vorbereitet gewesen zu sein.

⁹³ Im Wortlaut heißt die Frage für pflegende Angehörige: „Wenn Sie heute in der Situation wären, sich dafür oder dagegen zu entscheiden, die Pflege zu übernehmen – was würden Sie tun?“. Pflegebedürftige Menschen wurden gefragt: „Wenn Sie heute entscheiden könnten, wie und von wem Sie gepflegt werden möchten – wofür würden Sie sich entscheiden?“.

⁹⁴ Bei drei Interviews wurde versäumt, die Abschlussfrage des Gesprächsleitfadens zu stellen.

Das Zögern der pflegebedürftigen Mutter Frau Dietrich Senior wiederum rührt aus ihrer subjektiv erlebten *Wahllosigkeit*: „(...) ich habe ja keine andere Wahl. Ist ja nur meine Tochter da“ (Frau Dietrich Senior: 259).

Am auffallendsten ist das negative Antwortmuster des pflegenden Sohnes Herr Becker Junior. Hier sei an die Familiensituation erinnert. Sie zeichnet sich durch große finanzielle Abhängigkeiten aus, die von der Vergangenheit bis in die Gegenwart reichen. Aus ökonomischen Zwängen ist gewissermaßen zusammengewachsen, was nach seinem Empfinden nicht zusammengehört. Gleichzeitig existieren seinerseits starke Motive, die aktuelle Pflegebeziehung zu seiner Mutter nicht erneut einzugehen „Ich würde es nicht wieder machen (...) mit dem heutigen Wissen hätte ich das Haus verkauft“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 321ff.).

Tabelle 31: Retrospektive Bilanzierung

<i>Pflegesetting</i>	<i>Wiederholung der bisherigen Konstellation</i>	<i>Unentschlossen, schwankend</i>	<i>Keine Wiederholung der bisherigen Konstellation</i>
Frau Albrecht Senior	×		
Frau Albrecht Junior	×		
Frau Becker Senior	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)
Herr Becker Junior			×
Frau Conrad Senior	×		
Frau Conrad Junior	×		
Frau Dietrich Senior		×	
Frau Dietrich Junior	×		
Frau Ebert Senior	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)
Frau Ebert Junior		×	
Frau Fischer Senior	×		
Frau Fischer Junior	×		
Frau Gerlach Senior	×		
Frau Gerlach Junior	×		
Frau Hoffmann Senior	×		
Frau Hoffmann Junior	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)	(Aussage fehlt)
Frau Ihle Senior	×		
Frau Ihle Junior		×	
Frau Jansen Senior	×		
Frau Jansen Junior		×	

Quelle: Eigene Darstellung

Ob sich hinter diesem Pflegesetting eine Risikokonstellation mit potentiellen Gefährdungslagen verbirgt, wird die vertiefende Analyse zeigen. Die bisher aufgedeckte Merkmalskombination aus *finanziellen Motiven* und *negativer Bilanzierung* reicht dafür nicht aus.

Insgesamt legt sich nach der Analyse der fallübergreifenden Themen *Motive zur Übernahme der Pflege*, *beidseitiges Belastungserleben* und *retrospektive Bilanzierung* ein erster Filter über die Interviews. Wesentliche Unterschiede zwischen den Familiensettings werden sichtbar. In der weiteren Auseinandersetzung mit dem Interviewmaterial wird sich zeigen, ob bei den intergenerationalen Pflegesettings bspw. Verbindungen zwischen der schwankenden, unentschlossenen Haltung einerseits und bedeutsamen Ambivalenzerfahrungen andererseits bestehen.

8.3 Identifikation bedeutsamer Ambivalenzerfahrungen

Dieses Kapitel geht der Frage nach, welche Ambivalenzerfahrungen sich in der alltäglichen Beziehungsgestaltung zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, pflegebedürftigen Eltern identifizieren lassen. Zur Erinnerung: die Hypothese der Interviewstudie geht davon aus, dass Pflegesituationen Ambivalenzen generieren, deren lebenspraktischer Umgang auch zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen führen kann. Mit Verweis auf die Mehrdimensionalität des Begriffes lässt sich nach PILLEMER & MÜLLER-JOHNSON (2007) das Phänomen *Ambivalenz* sowohl auf *struktureller* als auch *individueller Ebene* beschreiben. Erstere tritt in Status-, Rollen oder Normwidersprüchen sozialer Strukturpositionen zutage. Die subjektive Dimension hingegen formuliert widersprüchliche Gedanken, Motivationen und Emotionen. Mit dieser Ebene beginnt das nachfolgende Kapitel.

8.3.1 Die individuelle Ebene

Alle pflegebedürftigen, alten Menschen müssen lernen, mit dem Nachlassen ihrer körperlichen Fähigkeiten umzugehen. Diese einschneidende Veränderung in ihrem Leben können die pflegebedürftigen Frauen in der vorliegenden Studie nicht mit ihren Lebenspartnern teilen, denn sie sind alle entweder bereits verwitwet oder geschieden. Die pflegebedürftigen, alten Mütter leben nun mehr oder weniger in räumlicher Nähe zu ihren erwachsenen Kindern. Einerseits ist das eine vertraute Situation, welche sie aus der frühen Familienphase kennen. Andererseits ist es eine neuartige Erfahrung, denn die räumliche Nähe in der späten Lebensphase steht unter anderen Vorzeichen. Waren die Eltern in der ersten Familienphase in vielfacher Weise für die Kinder verantwortlich, so verkehren sich die Verantwortlichkeiten nun ins Gegenteil. Mit diesem Perspektivwechsel müssen sich beide Seiten vertraut machen.

Zwischen zurückhalten und einfordern

Frau Becker Senior äußert sich im Interview sehr widersprüchlich. Zum einen beschreibt sie sich selbst als zurückhaltende Person (Frau Becker Senior: 23). Zum anderen bringt sie in mehreren Gesprächspassagen zum Ausdruck, dass sie konkrete Wünsche hat, die sie umgesetzt wissen möchte. Sie fordert z. B. die Neugestaltung des Bades, einen Vorhang in ihrer Wohnung und einen separaten Ein- bzw. Ausgang vom Grundstück. „Aber natürlich ich halte mich vollkommen zurück, nicht. Und deswegen verlangte ich damals auch ich will ein Extra-Ausgang haben, nicht.“ (ebd. 55). Eine zeitnahe Umsetzung ihrer Wünsche gelingt aus Sicht von Frau Becker Senior nicht immer „(...) wenn ich etwas vorhabe oder haben möchte oder wenn es nötig ist, das mache ich, und dann warte ich manchmal so wochenlang, nicht“ (ebd. 143). Insgesamt fällt es ihr schwer, den Lebensstil des Sohnes zu akzeptieren.

Diese widersprüchliche Haltung der Mutter *zwischen zurückhalten und einfordern* erlebt der pflegende Sohn Herr Becker Junior als „völlig schizophren“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin 183):

„Sie schwankt zwischen sie möchte anderen Menschen also nicht zur Last fallen. So, das ist ein ganz wichtiges Motiv bei ihr, das ist das eine, und das andere ist (...) sie meldet ihre Bedürfnisse aber sehr klar an, und aus dem Grunde fällt sie anderen zur Last“ (ebd. 183).

Der Sohn vermutet, dass es der Mutter besonders schwerfällt, Hilfe anzunehmen (ebd. 168).

Zwischen Fürsorge und Selbstsorge

Die pflegende Tochter Frau Jansen Junior artikuliert gegenüber ihrer pflegebedürftigen Mutter Frau Jansen Senior deutlich, dass sie sich belastet fühlt. Sie bittet die Mutter, Rücksicht zu nehmen. Das beinhaltet, ihrem Rat zu folgen bzw. ihre Hinweise ernst zu nehmen, denn regelmäßig entbrennt zwischen den beiden ein Streit darüber, dass die pflegebedürftige Mutter aus Sicht der Tochter ohne angemessene Kleidung in den Garten geht (Frau Jansen Senior: 229). Die Einwände der Tochter liegen darin begründet, dass sie im Krankheitsfall die zusätzlichen Lasten zu tragen hat.

Die widersprüchlichen Signale der Tochter, welche sich zwischen den beiden Polen „Ich bin immer für dich da“ und „Du musst Rücksicht nehmen“ bewegen, führen in einer Notsituation dazu, dass sich die Mutter nicht bei ihrer Tochter meldet. In der Nacht hatte sie sich mit einem Zehennagel an einer Krampfadern verletzt. Das ging mit einem großen Blutverlust einher. Trotz der Gefahrensituation vermeidet Frau Jansen Senior, ihre Tochter zu informieren, wohl aus Angst vor einer Krankenhauseinweisung und der Erinnerung, dass die Tochter um Rücksicht bat.

Eine ähnliche Situation schildert Frau Albrecht Junior. Nachts verstopfte der Katheter der Mutter. Auch sie vermeidet die Kontaktaufnahme mit der Tochter aus Sorge, den Schlaf der Pflegenden zu stören: „Also sie nimmt da schon sehr Rücksicht dann drauf. (...) und dann liegt sie dann ‚ich hab das tut weh‘. Sage ich: ‚Du bist auch verrückt, bist du auch‘, sage ich ‚Warum sagst du denn nichts?‘ (Frau Albrecht Junior: 150).

Die pflegende Tochter Frau Jansen Junior bezeichnet das Handeln der pflegebedürftigen Mutter als „(...) falsche Rücksichtnahme. Da will sie mich nachts nicht rausklingeln, ja und verblutet fast“ (Frau Jansen Junior: 172). Man kann allerdings vermuten, dass die Reaktion der Mutter mit den widersprüchlichen Signalen der Tochter in Zusammenhang steht. Die Mutter reagierte weniger auf die objektive Situation, vielmehr beeinflusste deren subjektive Wahrnehmung ihr Verhalten.

8.3.2 Die strukturelle Ebene

Neben der individuellen Ebene treten Ambivalenzen auf der Ebene sozialer Beziehungen zutage. Der an die Konzepte von Rolle und Status geknüpfte Ambivalenzbegriff ist von MERTON & BARBER (1963) eingeführt worden. In deren soziologischem Verständnis beschreibt Ambivalenz unvereinbare normative Erwartungen in Bezug auf Einstellungen, Glauben und Verhalten (ebd. S. 94f). Diese widersprüchlichen Anforderungen können in einem weit gefassten Sinne auf einen bestimmten Status oder in einer engen Bestimmung auf eine einzelne gesellschaftliche Rolle einer sozialen Position bezogen werden: „The core-case of sociological ambivalence puts contradictory demands upon the occupants of a status in a particular relation“ (ebd. S. 96).

8.3.2.1 Konkurrierende Rollen

Welche Widersprüche hierzu werden seitens der erwachsenen, pflegenden Kinder und seitens der alten, pflegebedürftigen Eltern in den Interviews angesprochen?

Zwischen Pflege und Beruf

Ein mögliches Konfliktpotenzial birgt die Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben einerseits und eigener Berufstätigkeit andererseits. Wegen des zumeist großen Altersunterschiedes stehen die Generationen an unterschiedlichen Punkten im Lebenslauf. Die älter werdenden Eltern bedürfen emotionaler Unterstützung und praktischer Hilfen. Die erwachsenen Kinder stehen unter Umständen in den produktivsten Jahren ihres Erwerbslebens (vgl. NAEGELE &

REICHERT 1998). Zudem lässt bei Frauen zusehends die Bereitschaft nach, in die Helferinnenrolle zu wechseln und dafür berufliche Perspektiven zu beschneiden (ROSENKRANZ & SCHNEIDER 1997).

Das trifft insbesondere auf Familie Ebert zu. Die pflegebedürftige Mutter äußert: „(...) meine Tochter hat eine leitende Position in der [Firma XY], die kann ihre Mitarbeiter da nicht sitzen lassen und sagen: ‚Ich muss mal nach meiner Mutter Ausschau halten‘. Das geht eben einfach nicht“ (Frau Ebert Senior: 177).

Deutlich präsenter als die Konkurrenz zwischen Berufsrolle und Pflegerolle stellt sich in den zehn Settings die wahrgenommene Unvereinbarkeit zwischen der Pflege eines Familienmitgliedes und den Erwartungen in einer Partnerschaft dar.

Zwischen Pflege und Partnerschaft

Entscheiden sich erwachsene Kinder für die Versorgung ihrer alten Eltern in der Häuslichkeit, liegt die pflegerische Hauptlast primär bei den Frauen (vgl. SCHULZ-NIESWANDT 2006). Das zeigt sich auch in den hier vorgestellten zehn Familien. Mit Ausnahme eines Sohnes handelt es sich ausnahmslos um pflegende Töchter.

Nicht immer sind die (Ehe-)Partnerinnen bzw. (Ehe-)Partner bereit, diese Verantwortung und Sorge mitzutragen (vgl. HIRSCH 1999: 2). Das kann zu permanenten Auseinandersetzungen und Reibungspunkten führen. Pflegende sehen sich in der Folge gegensätzlichen Anforderungen ausgesetzt. Einerseits möchten sie die neuen Aufgaben im Rahmen der Pflegebeziehung erfüllen und andererseits den Bedürfnissen der (Ehe-)Partnerin bzw. des (Ehe-)Partners gerecht werden.

Am stärksten offenbart sich das Dilemma bei Familie Fischer. Frau Fischer Junior erlebt im privaten Umfeld hohe Erwartungen seitens ihres Ehemannes. Zugleich mangelt es ihr an Unterstützung durch ihn. In mehreren Interviewpassagen kommt sie darauf zu sprechen:

„Aber ich wie gesagt, mein Mann hat damit so ein bisschen ein Problem und er fühlt sich dann so ein bisschen vernachlässigt, der ist auch 65, also 10 Jahre älter als ich und genießt in Anführungsstrichen so sein Rentnerdasein, und da ist seine Erwartungshaltung natürlich auch ein bisschen höher, auch was den Urlaub betrifft. Ich habe ja noch eine Schwester, und seit letztem Jahr habe ich quasi so ein Zugeständnis gemacht, dass wir wenigstens eine Woche im Jahr zusammen in Urlaub fahren, mein Mann und ich“ (Frau Fischer Junior: 108).

„(...) Und was mich aber belastet, ist doch eine Diskrepanz zwischen dem Wollen durch meinen Mann also, dass ich beiden nicht so gerecht werden kann, meinem Mann und meiner Mutter, wie sie es gerne möchten“ (ebd. 196).

Aus diesem Grund „knallt’s“ (ebd. 202) manchmal zwischen dem Ehepaar. Von ihrem Ehemann wünscht sie sich mehr Einsicht, Verständnis und Rücksichtnahme für die Belange ihrer Mutter. Idealerweise würden sie beide „am gleichen Strang ziehen“ (ebd. 208). Insgesamt wirkt die Tochter bedürfnislos und zur Pflicht- bzw. Funktionserfüllung neigend. Nach eigener Aussage wird Frau Fischer Junior wegen psychischer Probleme medikamentös behandelt (ebd. 242). Diese Probleme stellt sie in Zusammenhang mit den „Reibereien mit meinem Mann“ (ebd. 246).

Auch Frau Conrad Junior kennt Andeutungen ihres Partners, der ihr weitreichendes Engagement bei der pflegerischen Versorgung der alten Mutter nur begrenzt mitträgt:

„Und der Partner, der sagt schon mal ganz gerne: ‚Nun, dann lass sie doch mal hocken, die weiß schon, wenn du um drei nicht da bist, dass du um viere kommst und nicht ausgewandert bist‘, aber gut jetzt je nachdem, wie man vielleicht selber auch zu demjenigen eingestellt ist, denke ich dann auch, wenn sie um dreie wach wird und keiner da ist, dann hat sie wieder Angst und macht sich wieder Gedanken, dass was passiert ist, also gehe ich wieder lieber nach Hause, damit sie jetzt die letzten paar Jahre noch einen gewissen Frieden hat. Aber ich will so sagen, es verändert das Leben eigentlich total“ (Frau Conrad Junior: 82).

Zwischen Kind-Rolle und Eltern-Rolle

Übernehmen erwachsene Kinder im Rahmen der häuslichen Versorgung mehr und mehr Verantwortung für die alten Eltern, so bedeutet das zumeist eine Veränderung des bisherigen Rollenverständnisses: „Manchmal denk ich, ich bin ihr Kind, und sie ist die Mutti. Aber das ergibt sich sicher daraus, dass ich nun eben die hilfebedürftige Person bin“ (Frau Hoffmann Senior: 189). Aus den vormals starken Eltern, die Sicherheit, Stabilität und Geborgenheit ausstrahlten, werden durch das Nachlassen ihrer körperlichen Fähigkeiten plötzlich Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind:

„(...) klar, früher habe ich ihr ja keine Vorschriften gemacht oder gesagt mach mal so oder mach mal so, weil sie lebte halt ihr Leben, wie sie es gerne wollte. Ich habe schon das auch früher mal gesagt, dass ich finde, eben gerade die sozialen Kontakte, die sind auf zu wenig Personen irgendwie beschränkt immer gewesen von beiden meiner Eltern. Das habe ich schon mal gesagt, aber Gott, wenn sie keine Freunde haben wollten und wenn sie nicht ins Theater gegangen sind oder in irgend so einen Seniorenclub war ihr Ding, und heute gibt’s eben Dinge, die ich durchsetzen muss, wie ich meine. Also der Pflegedienst musste ja eben kommen, und der Arzt muss hier Besuche machen, und der Notruf muss dann sein. Und das ist schon anders, dass ich ihr das dann ja irgendwie ja auch vorschreibe und sage und das ist mir jetzt egal und das kommt jetzt so. Und das ist, denke ich, die Veränderung (...) eine ganz andere Rolle, die man jetzt spielt“ (Frau Ebert Junior: 267).

Doch der Wechsel vom elterlichen Umsorgt-Sein als Kind zur Fürsorge für die Eltern kann auf beiden Seiten Missverständnisse bzw. Verletzungen auslösen. So empfindet Frau Hoffmann Senior, dass sie in ihren persönlichen Belangen und Bedürfnissen nicht mehr ausreichend verstanden und ernst genommen wird: „Also, man wird dann wie so ein kleines Kind [behandelt], und das tut mir manchmal weh“ (Frau Hoffmann Senior: 217).

8.3.2.2 Konkurrierende Normen

Eltern-Kind-Beziehungen sollten sich durch positive Gefühle wie Zuneigung und Wärme auszeichnen sowie durch normative Verpflichtungen gegenüber den Familienmitgliedern (vgl. ROBERTS, RICHARDS & BENGTON 1991). Daneben muss aber in der Auseinandersetzung mit intergenerationalen Beziehungen auch die Konkurrenz von Normen und die Art und Weise, wie sie lebenspraktisch gehandhabt werden, Berücksichtigung finden (vgl. LÜSCHER & PILLEMER 1996).

Zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit

In der späten Phase von Eltern-Kind-Beziehungen erwächst aus dem Wunsch der älteren Generation, möglichst lange selbständig zu leben und der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit wegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit ein grundlegendes Spannungsfeld. Explizite Hinweise darauf lassen sich in sechs der untersuchten Pflegesettings finden (vgl. Tabelle 32).

Notwendige Anpassungen des gewohnten Lebensstils können mit dem Gefühl einhergehen, die Gestaltungshoheit über das eigene Leben zu verlieren: „(...) wir hatten immer eine große Wohnung. Also diese Engigkeit hier, die ist mir zuerst so schwergefallen (...)“ (Frau Becker Senior: 11). Mitunter bietet das Zuhause nicht länger einen geschützten Raum, der allein nach persönlicher Aufforderung betreten werden darf. Das ist für die pflegebedürftigen Eltern neu:

„Ist ja erst ein merkwürdiges Gefühl, allen Leuten geben sie einen Schlüssel in die Hand. (...) wenn die Kinder zu Besuch kommen, dann wusste man das vorher schon. Und sonst alle anderen Leute, die klingeln und warten vor der Tür, aber jetzt stehen sie [der ambulante Pflegedienst] eben in der Stube. I: Das heißt, die klingeln auch nicht vorher, sondern ... B: Doch die klingeln. (...) müssen ja auch zu lange warten auf mich, also es ist schon richtig, dass das so ist, aber ich meine, es ist eine Umgewöhnung für einen, der das nicht gewohnt ist“ (Frau Ebert Senior: 253).

Aber auch die jüngere Generation steht vor dem Dilemma, einerseits zu helfen und damit andererseits den Wunsch der betagten Eltern nach Freiheit und Würde nicht immer zu bewahren. Diesem Anliegen nachzukommen, fällt den erwachsenen, pflegenden Kindern umso schwerer, je stärker sie den Eindruck gewinnen, dass die alten, pflegebedürftigen Eltern ihre körperlichen Kräfte überschätzen oder die nachlassenden Fähigkeiten verdrängen:

„I: Wie kommt sie [die Mutter] denn mit ihrer Situation zurecht? Sie ist ja nun durch die Blindheit auch stark eingeschränkt? B: Ja. Sie akzeptiert es nicht (...), es ärgert sie, und sie geht auch dagegen an und sagt auch immer: ‚Das ist ja nur jetzt, das wird ja wieder besser‘. (...), ein Lesegerät gibt es ja, das ist relativ neu, das musste dann auch nochmal angeschafft werden. Das ist noch nicht einmal an gewesen, und sie wird da auch nichts drauf sehen können, aber das muss sein, denn das wird ja wieder besser, und dann wird sie es auch benutzen. Und ja, so geht sie damit um. Also vielleicht verdrängen, nicht wahrhaben wollen“ (Frau Ebert Junior: 131-132).

Darüber hinaus haben die Generationen auch unterschiedliche Vorstellungen, wie im Falle eine Pflegesituation verfahren werden sollte. Die alten Eltern, so wird von den Kindern vermutet, erwarten „den persönlichen Einsatz der Kinder“ (vgl. LETTKE 2002: 87). Im Gegensatz neigen die erwachsenen Kinder eher dazu, einen professionellen Dienstleister zu beauftragen (ebd.).

„(...) wobei ich immer sage, also alles was hier an Pflege passiert, was Sie hier sehen an Notruf und so weiter, das ist alles gegen den Willen meiner Mutter hier installiert worden, auch der Pflegedienst immer“ (Frau Ebert Junior: 124).

„Also ich denke sie erwartet eine Rundumversorgung von mir auf jeden Fall. Und das ist ihr Wunsch. Ich könnte mir sogar vorstellen, dass sie erwartet, dass ich meinen Beruf an den Nagel hänge und sage, ich ziehe hierher oder du kommst zu uns und das wäre ihr wirklicher Wunsch und das vermute ich sehr“ (ebd. 243).

Tiefe Unzufriedenheit und ernsthafte Konflikte können sich dann entwickeln, wenn durch erzwungene räumliche Nähe und dementsprechend häufige Interaktionen intensive Abhängigkeiten entstehen.

Insgesamt beschreiben sowohl pflegende Kinder als auch pflegebedürftige Eltern Erfahrungen, die dem Ambivalenzkonzept entsprechen, auch wenn der Begriff selbst in den Gesprächen nicht verwendet wird. Das sind, wie anfangs vermutet, nicht nur Familien, welche die Entscheidung im Rückblick (teilweise) bedauern, die Pflege in der Familie organisiert zu haben.

Aus dem Datenmaterial lässt sich ableiten, dass häusliche Pflegebeziehungen ambivalente Erfahrungen generieren, die sich einerseits der individuellen Ebene (bspw. gegensätzliche Gefühle) und andererseits der strukturellen Ebene (bspw. gegensätzliche Rollen und Normen) zuordnen lassen. Diese beiden Dimensionen können in Tabelle 32 nachverfolgt werden.

Am häufigsten wird bei beiden Generationen im Pflegealltag die *Umkehr der Eltern-Kind-Rolle* sowie der *Zwiespalt zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit* wahrgenommen. So fällt es den alten Eltern bisweilen schwer, ihre gesundheitlichen Einschränkungen bzw. sich verändernde Rollen zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen. Allerdings gibt es auch Familien

(Gerlach und Ihle), bei denen sich nur ein geringes Ausmaß an Ambivalenzen zeigt. Bei Familie Gerlach ist zu vermuten, dass die Ursache dafür in den starken gesundheitlichen Einschränkungen der pflegebedürftigen Mutter zu suchen ist. Sie steht am Ende ihres Lebens. Veränderungen, starke Brüche oder konfliktreiche Übergänge gibt es nicht mehr. Eine Phase relativer Stabilität, die ohne Ambivalenzen auskommt, ist eingetreten. Bei Familie Ihle scheint die alles beherrschende Todessehnsucht der pflegebedürftigen Mutter ebenfalls eine stabile Phase zu erzeugen, die wenig Raum für Widersprüche im Handeln und im Fühlen zulässt.

Tabelle 32: Ambivalenzerfahrungen

<i>Subkategorien zur Hauptkategorie „Ambivalenzerfahrungen“</i>	<i>Definitionen der Subkategorien</i>	<i>Nennungshäufigkeit</i>
Zwischen zurückhalten und einfordern (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von Personen)	Eine Person, die sich als zurückhaltend beschreibt und zugleich fordernd auftritt.	1 von 10 (Becker)
Zwischen Fürsorge und Selbstsorge (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von Personen)	Eine Person, die einerseits signalisiert, im Pflegefall Unterstützung zu leisten, und andererseits Rücksichtnahme fordert.	2 von 10 (Albrecht, Jansen)
Zwischen Pflege und Beruf (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von sozialen Beziehungen)	Ein Konflikt, der die Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und eigener Berufstätigkeit betrifft.	1 von 10 (Ebert)
Zwischen Pflege und Partnerschaft (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von sozialen Beziehungen)	Ein Konflikt, der die Vereinbarkeit von Pflegeaufgaben und die Erfüllung von Bedürfnissen in einer Partnerschaft betrifft.	2 von 10 (Conrad, Fischer)
Zwischen Kind-Rolle und Eltern-Rolle (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von sozialen Beziehungen)	Ein Konflikt, der die Umkehr von der Kind-Rolle zur Eltern-Rolle betrifft.	7 von 10 (Conrad, Dietrich, Ebert, Fischer, Gerlach, Hoffmann, Ihle)
Zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit (Ambivalenzerfahrungen auf der Ebene von sozialen Beziehungen)	Ein Konflikt, der einerseits den Wunsch nach einem selbständigen Leben betrifft und andererseits die Angst, wegen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zunehmend auf Hilfe angewiesen zu sein.	6 von 10 (Becker, Conrad, Dietrich, Ebert, Hoffmann, Jansen)

Quelle: Eigene Darstellung

LÜSCHER (2005, 2002, 2000) betont in seinen Arbeiten stets, dass Ambivalenzen per se noch keinen Rückschluss auf die Qualität der Familienbeziehung zulassen. Vielmehr geht es um die Frage, wie innerfamiliär mit Widersprüchen umgegangen wird. Das nachfolgende

Kapitel wird dieser Frage nachgehen und Interaktionsmuster im Umgang mit Abhängigkeiten zwischen pflegebedürftigen Eltern und pflegenden Kindern analysieren.

8.4 Familiäre Interaktionsmuster im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen

Die Qualität der Interaktion zwischen alten, pflegebedürftigen Eltern und erwachsenen, pflegenden Kindern wird durch die langjährige, gemeinsame Beziehungsgeschichte bestimmt. Das bedeutet, dass das Fundament einer fürsorglichen Pflegebeziehung weit vor Beginn gesundheitlicher Einschränkungen gelegt wird:

„Die prämorbid Beziehungsgeschichte wird durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit – und sei dieses Ereignis noch so gravierend in seinen Folgen für Gesundheit, funktionale Kompetenz, Kommunikation – nicht ausgelöscht. Pflegebedürftigkeit kommt in der Beziehung der Beteiligten nun als eine neue und bedeutsame Variable hinzu; in alle Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen fließen jedoch (...) auch die vorangegangenen Interaktionen ein“ (GÖRGEN, HERBST & RABOLD 2006: 95).

Vor dem Hintergrund dieser Annahme werden mithilfe der typenbildenden Inhaltsanalyse (Kapitel 6.2.4) familiäre Interaktionsmuster vorgestellt. Der Fokus liegt auf dem Umgang der Generationen mit Ambivalenzerfahrungen, insbesondere dem zuvor identifizierten Zwiespalt zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit (Kapitel 8.3.2.2). Um die Dynamik familialer Pflegebeziehungen besser zu verstehen, ergänzen vier weitere Merkmale die Typologie:

- die Einschätzung der vergangenen Beziehungsqualität,
- die Einschätzung der aktuellen Beziehungsqualität,
- die Einschätzung der Beziehungsentwicklung und
- die Einflussnahme bei Entscheidungen.

Nachfolgend werden alle fünf Merkmale nebst ihren Merkmalsausprägungen vorgestellt. Das Ergebnis mündet in eine tabellarische Übersicht, die zeigt, wie sich diese auf die einzelnen Familiensettings verteilen (vgl. Tabelle 35). Im Anschluss erfolgt eine Illustration der vorgefundenen *familiären Interaktionsmuster*. Im letzten Teil der Ergebnisdarstellung wird aufgezeigt, welcher Zusammenhang mit der Sekundärvariable *problematische Verhaltensweisen* beobachtet werden kann (Kapitel 8.5).

Einschätzung der vergangenen Beziehungsqualität, der aktuellen Beziehungsqualität sowie der Beziehungsentwicklung

Im Rahmen der Interviewstudie werden sowohl die erwachsenen, pflegenden Kinder als auch die alten, pflegebedürftigen Eltern gebeten, Aussagen darüber zu treffen, wie sie ihre

Beziehung zueinander einschätzen, wie sie miteinander umgehen und wie sie miteinander zurechtkommen. Diese Einschätzungen sollten sich zum einen auf die Vergangenheit (vor Eintritt der Pflege) und zum anderen auf die aktuelle Situation (seit Eintritt der Pflege) beziehen. Jene Gegenüberstellung schließt mit der Frage, wie die Entwicklung zwischen vergangener und aktueller Beziehung wahrgenommen wird.⁹⁵ Die aus dem Datenmaterial induktiv gewonnenen Merkmalsausprägungen können Tabelle 33 entnommen werden.

Tabelle 33: Merkmalsausprägungen zur Beziehungsqualität

<i>Merkmal</i>	<i>Merkmalsausprägungen</i>	<i>Definition der Merkmalsausprägungen</i>
Einschätzung der vergangenen Beziehung (vor Eintritt der Pflege)	Verbunden, vertraut	Die Interviewten äußern, in der Vergangenheit ein (sehr) gutes Verhältnis und vertrauensvolles Miteinander gepflegt zu haben. Die Generationen kontaktierten sich regelmäßig und unterstützten sich gegenseitig.
	Angespannt, konfliktreich	Die Interviewten bezeichnen die vergangene Beziehung als angespannt und konfliktreich.
	Kein Kontakt	Zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern gab es in der Vergangenheit jahrelang keinen Kontakt.
Einschätzung der aktuellen Beziehung (seit Eintritt der Pflege)	Verbunden, vertraut	Die Interviewten äußern, aktuell ein (sehr) gutes und vertrauensvolles Verhältnis zu pflegen. Sie fühlen sich verbunden.
	Angespannt, konfliktreich	Die Interviewten bezeichnen die aktuelle Beziehung als angespannt und konfliktreich.
Einschätzung der Beziehungsentwicklung (seit Eintritt der Pflege)	Verbessert	Die Interviewten äußern, dass sich ihre Beziehung zueinander verbessert hat.
	Verschlechtert	Die Interviewten äußern, dass sich ihre Beziehung zueinander verschlechtert hat.
	Unverändert	Die Interviewten äußern, dass sich ihre Beziehung zueinander nicht verändert hat.

Quelle: Eigene Darstellung

Einflussnahme bei Entscheidungen und Umgang mit dem Zwiespalt zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit

Neben Merkmalen zur Beziehungsqualität fließen auch Entscheidungsprozesse und der Umgang mit Ambivalenzerfahrungen in die Typenbildung ein. Dabei geht es um die Frage, wie Entscheidungen zwischen Eltern und Kindern zustande kommen und wie der *Zwiespalt* zwi-

⁹⁵ Die wortwörtlichen Fragen können im Anhang nachgelesen werden (Anhang 11.3).

schen Abhängigkeit und Selbstständigkeit verhandelt wird. Erneut können die aus dem Datenmaterial jeweils induktiv gewonnenen Merkmalsausprägungen der nachfolgenden tabellarischen Darstellung entnommen werden (vgl. Tabelle 34).

Tabelle 34: Merkmalsausprägungen zu Entscheidungsprozessen und den Umgang mit Ambivalenzerfahrungen

<i>Merkmal</i>	<i>Merkmalsausprägungen</i>	<i>Definition der Merkmalsausprägungen</i>
Einflussnahme bei Entscheidungen	Auf Augenhöhe, kompromissbereit	Im Rahmen der Pflegebeziehung nimmt man sich als „Team“ wahr. Entscheidungen werden miteinander abgesprochen. Bei Unstimmigkeiten werden Kompromisse geschlossen.
	Behauptung pflegen- des Kind, Entmachtung pflegebedürftiges Elternteil	Im Rahmen der Pflegebeziehung liegt die Entscheidungshoheit beim pflegenden Kind. Gleichzeitig findet eine Entmachtung des pflegebedürftigen Elternteils statt.
	Behauptung pflegebedürftiges Elternteil, Entmachtung pflegen- des Kind	Im Rahmen der Pflegebeziehung liegt die Entscheidungshoheit beim pflegebedürftigen Elternteil. Gleichzeitig findet eine Entmachtung des pflegenden Kindes statt.
Umgang mit Ambivalenzerfahrungen (zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeiten) <i>seitens der pflegebedürftigen Eltern</i>	Vertrauen, gewähren lassen, fügen	Die pflegebedürftigen Eltern haben ihre Abhängigkeit akzeptiert. Sie fügen sich in ihre Situation und lassen die pflegenden Kinder auf der Basis von Vertrauen gewähren.
	Kapitulation	Die pflegebedürftigen Eltern fügen sich in die Abhängigkeitssituation. Die Basis dafür bildet aber nicht Vertrauen, sondern Alternativlosigkeit.
	Ablehnung, Rückzug	Die pflegebedürftigen Eltern lehnen es ab, ihre Abhängigkeit zu akzeptieren. Sie reagieren mit Rückzug.
Umgang mit Ambivalenzerfahrungen (zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeiten) <i>seitens der pflegenden Kinder</i>	Teilhabe lassen	Die pflegenden Kinder rücken im Zusammenhang mit der Abhängigkeit der pflegebedürftigen Eltern deren Teilhabe in den Mittelpunkt.
	Leiden unter Verantwortung	Die pflegenden Kinder leiden unter der Verantwortung, die sie im Zusammenhang mit der Abhängigkeit der pflegebedürftigen Eltern spüren.
	Ausgrenzung	Die pflegenden Kinder grenzen die pflegebedürftigen alten Eltern aus.

Quelle: Eigene Darstellung

Die nachstehende Übersicht zeigt, wie sich die fünf Merkmale und ihre jeweiligen Merkmalsausprägungen auf die 23 Einzelinterviews respektive die zehn Familiensettings verteilen (vgl. Tabelle 35). Die *zusammengefassten Interaktionsmuster* sind keine Idealtypen im Sinne von WEBER (1995). Vielmehr handelt es sich um Realtypen, die sich aus dem empirischen Datenmaterial ableiten lassen.

Bevor die vier *familialen Interaktionsmuster im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen* einzeln vorgestellt werden (vgl. Kapitel 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.4.4), muss darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse eine stark verdichtete Ergebnisdarstellung nicht ausbleibt. Das bedeutet, es werden zuvorderst dominierende Antwortmuster berücksichtigt.

Im Sinne der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit für die Leserinnen und Leser geschieht das anhand zahlreicher Originalzitate. Diese Vorgehensweise schließt aber nicht aus, dass das empirische Datenmaterial nicht auch Mischformen kennt. So werden bspw. die Beziehungsmerkmale zwischen den Generationen in einem Interview nicht immer stringent erzählt, sondern mitunter unterschiedlich bewertet. Das Ziel ist es aber, die dominierenden Muster herauszufiltern.

Tabelle 35: Kategorienbasierte Auswertung für die Erarbeitung von familialen Interaktionsmuster

<i>Familiensetting</i>	<i>Einschätzung der vergangenen Beziehungsqualität</i>	<i>Einschätzung der aktuellen Beziehungsqualität</i>	<i>Einschätzung der Beziehungsentwicklung</i>	<i>Einflussnahme bei Entscheidungen</i>	<i>Umgang mit Ambivalenzerfahrungen (zw. Selbstständigkeit u. Abhängigkeit)</i>	Zusammengefasste Interaktionsmuster
Frau Albrecht Senior	Kein Kontakt	Verbunden, vertraut	Verbessert	Auf Augenhöhe, kompromissbereit	–	Gleichberechtigte Partnerschaft
Frau Albrecht Junior	Kein Kontakt	Verbunden, vertraut	Verbessert	Auf Augenhöhe, kompromissbereit	Teilhaben lassen	Gleichberechtigte Partnerschaft
Frau Becker Senior	Angespannt, konfliktreich	Angespannt, konfliktreich	–	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Ablehnung, Rückzug	Kampf und Rebellion
Herr Becker Junior	Angespannt, konfliktreich	Angespannt, konfliktreich	Unverändert	Behauptung pflegenden Sohn	Ausgrenzung	Kampf und Rebellion
Frau Conrad Senior	Angespannt, konfliktreich	Verbunden, vertraut	Verbessert	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Kapitulation	Einseitige Dominanz
Frau Conrad Junior	Angespannt, konfliktreich	Verbunden, vertraut	Verbessert	Behauptung pflegende Tochter	Teilhaben lassen	Einseitige Dominanz
Frau Dietrich Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	–	Einseitige Dominanz
Frau Dietrich Junior	Angespannt, konfliktreich	Verbunden, vertraut	–	Behauptung pflegende Tochter	–	Einseitige Dominanz
Frau Ebert Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Ablehnung, Rückzug	Kampf und Rebellion
Frau Ebert Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Verschlechtert	Behauptung pflegebedürftige Mutter	Leiden unter Verantwortung	Kampf und Rebellion

Fortsetzung Tabelle 33: Kategorienbasierte Auswertung für die Erarbeitung von familialen Interaktionsmuster

<i>Familiensetting</i>	<i>Einschätzung der vergangenen Beziehungsqualität</i>	<i>Einschätzung der aktuellen Beziehungsqualität</i>	<i>Einschätzung der Beziehungsentwicklung</i>	<i>Einflussnahme bei Entscheidungen</i>	<i>Umgang mit Ambivalenzverfahrungen (zw. Selbstständigkeit u. Abhängigkeit)</i>	Zusammengefasste Interaktionsmuster
Frau Fischer Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Auf Augenhöhe, kompromissbereit	Vertrauen, gewähren lassen, fügen	Gleichberechtigte Partnerschaft
Frau Fischer Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Auf Augenhöhe, kompromissbereit	Teilhabe lassen	Gleichberechtigte Partnerschaft
Frau Gerlach Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	–	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	–	Beschützende Autorität
Frau Gerlach Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Verbessert	Behauptung pflegende Tochter	–	Beschützende Autorität
Frau Hoffmann Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	–	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Vertrauen, gewähren lassen, fügen	Beschützende Autorität
Frau Hoffmann Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	–	Behauptung pflegende Tochter	–	Beschützende Autorität
Frau Ihle Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Verbessert	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Vertrauen, gewähren lassen, fügen	Beschützende Autorität
Frau Ihle Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	–	Auf Augenhöhe, mit Kompromissen	Teilhabe lassen	Beschützende Autorität
Frau Jansen Senior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Entmachtung pflegebedürftige Mutter	Ablehnung, Rückzug	Kampf und Rebellion
Frau Jansen Junior	Verbunden, vertraut	Verbunden, vertraut	Unverändert	Behauptung pflegende Tochter	Leiden unter Verantwortung	Kampf und Rebellion

Quelle: Eigene Darstellung, („–“ Es liegen keine Aussagen vor.)

8.4.1 Gleichberechtigte Partnerschaft

Um ein Familiensetting dem Interaktionsmuster *Gleichberechtigte Partnerschaft* zuzuordnen, muss eine Reihe von prägnanten Merkmalsausprägungen vorliegen. Sie sind bei Familie Albrecht und Familie Fischer anzutreffen.

Die intergenerationelle Beziehung zwischen der erwachsenen Tochter Frau Albrecht Junior und der alten Mutter Frau Albrecht Senior kann seit Eintritt der Pflege als ausgeglichen, freundschaftlich und vertrauensvoll bezeichnet werden. Das erscheint angesichts einer langanhaltenden, fehlenden Verbindung zwischen beiden sehr überraschend, denn vom Ende der 1980er Jahre bis zum Tod des Bruders 2002 gibt es zwischen Mutter und Tochter keinen Kontakt.⁹⁶ Als Ursache hierfür wird sehr oberflächlich der Vater benannt. Die genauen Beweggründe liegen jedoch im Dunkeln. Auch die alte, pflegebedürftige Mutter äußert sich hierzu nicht (Frau Albrecht Senior: 300-302). Dennoch fühlt sie sich nach eigener Aussage mit ihrem Kind sehr verbunden (ebd. 280-284). Ebenso beschreibt die erwachsene Tochter die Zusammenarbeit zwischen ihr und der Mutter bei der Pflege als „bestens“ (Frau Albrecht Junior: 51-52). Die räumliche Trennung und die damit verbundene Möglichkeit, sich zurückzuziehen, tragen nach Meinung der pflegenden Tochter essentiell zu einem entspannten Verhältnis bei. Beide Generationen nehmen sich als gleichberechtigte Partnerinnen wahr. So werden anstehende Entscheidungen auf Augenhöhe getroffen und bedürfen in der Regel des gegenseitigen Einverständnisses. Bei Meinungsverschiedenheiten werden Kompromisse ausgehandelt.

„I: Wie viel Einfluss haben Sie denn und wie viel Einfluss hat Ihre Tochter bei Ihrer Pflege? Was würden Sie sagen? B: Beide gleich. (...) Wenn mir was nicht passt, ich bin heute so ein Typ, früher habe ich alles immer runtergeschluckt, aber wenn mir heute bei der Pflege was nicht passt, sage ich: ‚Hör mal zu, sage ich so und so, das möchte ich nicht‘“ (Frau Albrecht Senior: 286-289).

„I: In wie weit hat sich denn Ihre Tochter als Tochter Ihnen gegenüber verändert in Ihrer Rolle, seit sie Sie pflegt? B: Ja, ich sage, wir sind

I: „Und wie viel Einfluss haben Sie bei Entscheidungen und wie viel Einfluss hat Ihre Mutter, also wer trifft Entscheidungen? B: Ja, die hat schon ihren Kopf, also das ist nicht so, dass ich da irgendwie so irgendwas über ihren Kopf entscheiden könnte. Aber sie hat dann auch so ihre klar hat sie ihre Wünsche und alles, was sie haben möchte. I: Und erfüllen Sie die dann immer oder gibt es da auch manchmal? B: (...) es kommt drauf an, wie es in meinen Zeitrahmen passt. Nicht so irgendwelche Sachen, dass sie dann irgendwas haben möchte, wo ich dann in die Stadt fahren müsste oder irgendwas und da habe ich ja keine Zeit zu. Also wenn sie dann freitags dann ihren Fisch vom Fischwagen haben will, dann

⁹⁶ Im Postscript findet sich der Vermerk, dass trotz der guten Qualität des Kontakts die Vermutung nahe liegt, dass die pflegende Tochter gegenüber der Interviewerin nicht vollständig offen antwortet.

Freundinnen geworden. Weil wir zusammenge-
wachsen sind gegenüber früher. Mehr zusam-
mengewachsen“ (ebd. 312-314). soll sie den auch kriegen“ (Frau Albrecht Junior:
125-128).

Frau Fischer Junior beschreibt die Beziehung zu ihrer pflegebedürftigen Mutter als „herzliches, aber kein inniges Verhältnis“ (Frau Fischer Junior: 308). In der pflegerischen Versorgung lautet ihr „oberster Leitsatz“, den Wünschen und Bedürfnissen der Mutter „gerecht zu werden“ (ebd. 172). Es bedeutet der pflegenden Tochter viel, dass die pflegebedürftige Mutter ihr vertraut und Dankbarkeit zeigt, „indem sie eben keine besonderen Forderungen stellt und mich eigentlich gewähren lässt“ (ebd. 302). Auch die pflegebedürftige Mutter empfindet, „wir arbeiten zusammen wie ein Team“ (Frau Fischer Senior: 211). Das fällt allerdings nicht immer leicht, denn die alte Mutter hat „keine großen Ambitionen (...) mitzuhelfen“ (Frau Fischer Junior 126).

Insgesamt akzeptieren die beiden pflegebedürftigen Elternteile, dass sich wegen der gesundheitlichen Einschränkungen ein selbständiges Leben nicht aufrechterhalten lässt. Die pflegenden Kinder wiederum haben den Anspruch, trotz des bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses Teilhabe und Selbstbestimmung zuzulassen bzw. zu ermöglichen.

8.4.2 Beschützende Autorität

Das Interaktionsmuster *Beschützende Autorität* zeigt sich am deutlichsten bei den Familien Gerlach, Hoffmann und Ihle. Für diesen Typus sind folgende Merkmalsausprägungen charakteristisch.

Die Beziehung zwischen den erwachsenen, pflegenden Töchtern und den alten, pflegebedürftigen Müttern besticht durch einen vertrauensvollen Umgang und eine enge, emotionale Bindung. Frau Ihle Junior erlebt die Beziehung zur Mutter als „Liebevoll freundschaftlich, ja, und auch humorvoll.“ (ebd. 284). Bereits vor der Pflege sehen sich die beiden „Mindestens einmal die Woche.“ (ebd. 306). Allerdings bricht die pflegebedürftige Mutter, nach der für sie unverständlichen Trennung ihrer Tochter vom ersten Ehemann, den Kontakt für mehrere Jahre völlig ab (ebd. 310). Die erneute Annäherung initiiert die Mutter (ebd. 314).

Frau Hoffmann Senior beschreibt ihre Beziehung zur pflegenden Tochter als freundschaftlich (ebd. 182-185). Ihre Tochter nennt sie „Goldstück“ (ebd. 181), „treueste Seele“, „goldiger Kerl“ (ebd. 203) und „liebevolltes Kind“ (ebd. 207). Frau Gerlach Junior empfindet das Verhältnis zur Mutter als „Gut.“ (ebd. 275). Allerdings vermutet sie eine stärkere, gefühlvollere Bindung der Mutter zum Sohn (ebd. 279-283). Während der Pubertät habe sie die

Bevorzugung des Bruders gestört. Heute jedoch spiele die Unterscheidung der Kinder keine Rolle mehr (ebd. 284-289).

Im Gegensatz zum Interaktionsmuster *Gleichberechtigte Partnerschaft* treffen trotz der engen, vertrauensvollen Bindung mehrheitlich die pflegenden Kinder Entscheidungen:

„Das erledigt alles meine Tochter. Da habe ich überhaupt keinen Einblick. (...) Wir leben wie in einem Großhaushalt. (...) Ich krieg zu essen, zu trinken und anzuziehen, und sie bezahlt meine Miete und meinen Strom“ (Familie Hoffmann Senior: 174).

Dieses auf den ersten Blick autoritäre Verhalten ist allerdings weniger als einseitiges Ausüben von Macht zu verstehen (vgl. LÜSCHER & PAJUNG-BILGER 1998: 156). Vielmehr handeln die pflegenden Kinder nach der Maxime, als Stellvertreterinnen für die pflegebedürftigen Mütter zu agieren. Die Grundlage dafür bilden Vertrauen und Empathie:

„Wissen Sie, wenn man so auf Menschen angewiesen ist, dann muss man doch Einschränkungen machen, (...) dann fühlt man sich doch in vielen Dingen und denkt immer: ‚Na ja! Ach! Das wird schon gut sein‘ Und bis jetzt war es ja auch immer gut. Es ist ja nicht zu meinem Nachteil passiert“ (Frau Hoffmann Senior: 209).

Das asymmetrische Verhältnis wird seitens des pflegebedürftigen Elternteils akzeptiert. Sie fügen sich in die Abhängigkeitssituation und lassen die Töchter gewähren. Diese wiederum müssen lernen, mit der ihnen übertragenen Verantwortung umzugehen. Im Einzelfall kann das als Last empfunden werden:

„I: (...) was ist da schwer für Sie oder was belastet Sie? B: Ja, schwer ist, dass man nicht mehr selbständig ist, man hat eigentlich jetzt ein Kind dazu gekriegt (...)“ (Frau Ihle Junior: 229-230).

8.4.3 Einseitige Dominanz

Ein drittes Interaktionsmuster kann als *Einseitige Dominanz* betitelt werden. Das trifft auf die Familien Conrad und Dietrich zu. Die nachstehenden Merkmalsausprägungen liegen dieser Zuordnung zugrunde.

In der Vergangenheit waren beide Eltern-Kind-Beziehungen durch Anspannungen und Konflikte gekennzeichnet. Aus Sicht der Interviewten verbesserte sich das Verhältnis mit dem steigenden elterlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf.

„(...) was ich nie erwartet hätte, dass ich eigentlich auf die Art und Weise mit meiner Mutter in diesem letzten Jahr gut umgehen kann und eigentlich aneinander gekommen bin. Ja, also und dadurch auch zwischen uns eine gewisse Friedlichkeit eingetreten ist, die wir im Grunde genommen 50 Jahre nicht hatten (...)“ (Frau Conrad Junior 82).

Für die Befriedung alter Konflikte nennt Frau Conrad Junior zwei Gründe. Einerseits hat, nach Einschätzung der erwachsenen Tochter, die alte Mutter „kapituliert“ (ebd. 54) und „zumindest mal mental den Löffel abgegeben“ (ebd. 54). Andererseits vergleicht die pflegende Tochter ihre pflegebedürftige Mutter sehr stark mit einem Kleinkind. Einem roten Faden gleich thematisiert sie häufig die Parallelen zwischen der aktuellen Pflegesituation und der zurückliegenden Erziehung ihres eigenen Kindes.⁹⁷ Diese Infantilisierung gestattet es der Tochter, auf neue Weise mit der Mutter in Bezug zu treten:

„Ansonsten habe ich gegen sie heute keine Aggression mehr. Früher schon eher. Ich hätte mir also vor 20 Jahren wahrscheinlich eher mal auf die Backe gehauen oder hauen können wie heute. Ich habe die heute tatsächlich so in dieses Kleinkindniveau hineingeschoben und sie lässt es sich auch gefallen, und dadurch funktioniert es auch. Ich weiß allerdings auch von anderen, wo es nicht funktioniert, die sich also so ankeifen, weil der eine immer stichelt (...). Aber das Problem habe ich nicht.“ (ebd. 108)

Damit wird deutlich, dass die späte Annäherung zwischen Mutter und Tochter nicht allein als biographische Chance zu bewerten ist. Denn die neue Beziehungsqualität hat auch ihren Preis.

Seit Eintritt der Pflege dominiert das erwachsene Kind die Beziehung sehr stark. Das Ergebnis ist eine asymmetrische Dyade mit einem neu verteilten Machtgefüge. In diesem behauptet sich die pflegende Frau Conrad Junior und entmachtet zugleich die pflegebedürftige Frau Conrad Senior:

„(...) wenn ich mich durchsetzen will, setze ich mich schon durch. Das akzeptiert sie dann in letzter Konsequenz auch, weil sie schon, ich denke mal, ihr ist schon auch klar, dass sie abhängig ist. Also und sie ist sich natürlich auch, das muss man auch, sie ist sich schon ihrer Unfähigkeit auch bewusst (...)“ (Frau Conrad Junior: 68).

Im Gegensatz zum Interaktionsmuster *Beschützende Autorität* bilden aber nicht Vertrauen, sondern Alternativlosigkeit und Kapitulation das Fundament. So etwa bereut Frau Dietrich Senior, ihre finanziellen Mittel früh aus der Hand gegeben zu haben. Jetzt ist sie ökonomisch nicht mehr in der Lage, die Verfügbarkeit von Alternativen zu prüfen und den Pflegealltag aktiv zu gestalten:

„(...) wir hatten ein Reihenhäuschen, haben wir verkauft, habe ich einen Fehler gemacht und hab den Kindern gleich was davon gegeben. (...) das hätte ich vielleicht nicht tun dürfen. Ich hätte denen ihr Teil müssen lassen, bis später so, und was weg ist, ist weg. Da kräht kein Hahn mehr nach, aber nachher, wenn ich jetzt dann kein Geld mehr hab

⁹⁷ Auch Frau Dietrich Junior zieht auffallend häufig Vergleiche zwischen Pflegealltag und Kindererziehung: „ich freue mich, wenn sie gut riecht, gut aussieht, das ist wirklich ähnlich wie mit einem Baby. Nur dass mein Baby 82 ist“ (ebd. 132).

für Pflege, dann weiß ich nicht, was kommt. Ich habe noch ein bisschen, noch eine gute Uhr, ich habe schon gesagt, müssen wir die Uhr verkaufen“ (Frau Dietrich Senior: 229).

8.4.4 Kampf und Rebellion

Das vierte abschließende Interaktionsmuster trägt den Namen *Kampf und Rebellion*. Dieser Realtypus ist aus dem empirischen Interviewmaterial der Familien Becker, Ebert und Jansen generiert.

Die intergenerationelle Beziehung zwischen der alten Mutter Frau Becker Senior und dem erwachsenen Sohn Herrn Becker Junior wird sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart durch zahlreiche Konflikte bestimmt. In den zurückliegenden Jahren unterstützte Frau Becker Senior ihren Sohn wiederholt finanziell. Wegen seiner gesundheitlichen Probleme hat sie damals den Haushalt bewirtschaftet und bei der Kindererziehung geholfen. Bis heute kann der Sohn dafür keine anerkennenden Worte finden:

„Also sie hat hier die Waschmaschine hat sie bedient, alles aufgehängt, hat die Küche, wenn ich nicht da war, immer wenn ich da war, habe ich gesagt: ‚Das möchte ich nicht. Du kannst machen, was du willst, wenn ich arbeite, dann kannst du hier rumwirtschaften, aber wenn ich da bin, dann möchte ich hier nicht, dass du dabei bist‘“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 338).

In der Gegenwart ist das große Bedürfnis der Mutter nach Autonomie ein zentrales Spannungsfeld: „Also von meiner früheren Aktivität ist jetzt hier nichts mehr, aber wie gesagt, ich helfe, wo ich kann (...)“ (Frau Becker Senior: 76). Diesem Wunsch nachzukommen, fällt dem Sohn Herrn Becker Junior und seiner Lebensgefährtin sehr schwer. Sie reagieren auf die mutmaßlich „übergriffige Art“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 182) der Mutter mit Ausgrenzung:

„Sie würde gerne hier richtig noch immer mitmischen, also wenn ich, wenn ich mehr Geduld hätte oder eine andere Beziehung zu ihr, würde ich sie vielleicht im Rahmen, wie man das in Altenheimen auch macht, sagen: ‚Dann komm, dann kannst du irgendwas schneiden‘ (...). Das kriege ich aber leider nicht geregelt mit ihr“ (ebd. 185).

Entscheidungen trifft weitestgehend der Sohn gemeinsam mit seiner Lebensgefährtin. Fühlt sich die Mutter dabei in ihrer Selbstbestimmung beschnitten, so rebelliert sie:

„Also sie muss denn bestimmte Vorgaben kriegen, obwohl, sie ist ja ein ganz selbständiger Mensch gewesen. Und ja, gegen diese Vorgaben, da rebelliert sie dann auch noch, und dann muss man eben, dann muss ich klar sagen, gut, das ist jetzt nicht anders möglich. Zum Beispiel über diese Patientenverfügung, da hat sie es abgelehnt, mit mir zu sprechen (...)“ (Herr Becker Junior: 165).

Auch bei Familie Ebert liegen die Konflikte aus Sicht der pflegenden Tochter vor allem darin begründet, dass die pflegebedürftige Mutter ihre gesundheitlichen Einschränkungen und den

sich daraus ergebenden Autonomieverlust nicht akzeptiert. „Also, solange ich das mache, was sie sich wünscht oder was sie befürwortet, dann ist es in Ordnung. Aber so wie ich sage, ich will was Anderes, dann wird es schwer“ (Frau Ebert Junior: 241). Vor diesem Hintergrund lehnt Frau Ebert Senior jegliche Unterstützungsmaßnahmen wie den engagierten Pflegedienst, den angeschlossenen Hausnotruf sowie eine beschäftigte Putzfrau ab. Dennoch setzt sich die Tochter bei der Installation dieser Hilfemaßnahmen gegen den Willen der Mutter „und mit massivem Druck“ (Frau Ebert Junior: 124) durch. Sie droht mit dem Ausbleiben der eigenen Unterstützungsleistungen: „ich muss da immer so den Erpresser spielen, immer so sagen: ‚Dann mache ich es eben nicht mehr‘. Und das finde ich nicht schön. Gefällt mir nicht“ (ebd. 252). Andererseits übt aus Sicht der erwachsenen Tochter auch die alte Mutter „ganz schön psychischen Druck“ (ebd. 249) aus, indem sie bei Auseinandersetzungen zu weinen beginnt, „also wenn die Enge dann zu eng wird, dann flüchtet sie sich in Tränen“ (ebd. 251). Die sich abgelehnt führende Tochter Frau Ebert Junior bewertet dieses Verhalten wie folgt:

„(...) ich [bin] auch ganz sicher, dass sie nicht mich so drangsaliert, um mich zu ärgern oder so, sondern weil sie sich es halt anders denkt, als es ist. Und weil sie nicht akzeptiert, dass sie die Dinge eben nicht mehr machen kann“ (Frau Ebert Junior: 240-241).

Insgesamt stehen die Familiensettings Becker und Ebert für ein zähes Ringen um Einflussnahme und Macht. Allerdings unterscheiden sich beide in der Qualität der vorangegangenen und aktuellen Familienbeziehung. Bei Familie Becker findet aufgrund des angespannten, konfliktreichen Verhältnisses weder die alte, körperlich eingeschränkte Mutter noch der erwachsene, pflegende Sohn eine Ebene der Annäherung, um die seit Langem bestehenden Diskrepanzen aufzulösen. Im Ergebnis grenzt Herr Becker Junior seine Mutter aus. Im Gegensatz dazu ist die Beziehung zwischen Frau Ebert Senior und Frau Ebert Junior verbunden und vertrauensvoll, auch wenn die Tochter aktuell Anzeichen einer Verschlechterung wahrnimmt. Frau Ebert Junior droht zwar ebenfalls, die Unterstützung und Hilfe einzustellen. Sie aber leidet darunter.

Nachdem alle vier familialen Interaktionsmuster vorgestellt wurden, wird im letzten Teil der Ergebnisdarstellung aufgezeigt, welche Zusammenhänge zwischen *Ambivalenzerfahrungen in der häuslichen Pflege* und der Sekundärvariable *problematische Verhaltensweisen* beobachtet werden können. Die situativen Beschreibungen von Gewalthandlungen und mögliche zukünftige Gefährdungslagen stehen am Ende, um zu verdeutlichen, dass es zu jedem Familiensetting eine biografische Vorgeschichte gibt.

8.5 Situative Beschreibungen von Gewalthandlungen und zukünftige Gefährdungslagen

Bei der Auswertung des qualitativen Interviewmaterials zeigt sich, dass schwere, körperliche Misshandlungen sowie freiheitsentziehende Maßnahmen in den zehn Familiensettings nicht vorkommen. Vorrangig werden psychische Misshandlungen in Form verbal aggressiven Verhaltens geschildert. Allerdings lassen die Aussagen darauf schließen, dass solche Verhaltensweisen von Handelnden wie von Opfern nicht in jedem Fall als problematisch interpretiert werden. Eher werden sie als kaum vermeidbar, nachvollziehbar und entschuldbar wahrgenommen. Zudem fällt auf, dass fast ausschließlich die familial pflegenden Kinder solche Situationen verbalisieren. Die pflegebedürftigen Eltern reagieren auf Fragen nach erlebten Belastungen, innerfamiliären Konflikten oder inadäquaten Verhaltensweisen größtenteils distanziert. Phrasen wie: „Aber das ist doch nicht schlimm, die muss sich doch auch mal Luft machen. Aber das ist nicht oft. Das wäre eine Sünde zu sagen, mir geht es nicht gut. Mir geht es wirklich gut.“ (Frau Conrad Senior: 66) oder „Ich bin auch ein Mensch eigentlich, [der] ganz gut vergessen, schnell vergessen kann. Gott sei Dank.“ (Frau Dietrich Senior: 219) demonstrieren das.

Es wäre denkbar, dass das zumeist einseitige Abhängigkeitsverhältnis pflegebedürftige Menschen davon abhält, sich unbefangen und frei zu äußern. Trotz der zugesicherten Anonymität könnte die Furcht vor möglichen Repressalien oder Sanktionen überwiegen. Überdies gilt zu berücksichtigen, dass die Bewertung von Familienbeziehungen nicht entlang gesellschaftlicher Rechtsnormen geschieht, sondern „es herrschen private Standards und Verständnisweisen vor, die sowohl von den sozialen Milieus als auch von der je spezifischen Familiengeschichte beeinflusst sind“ (vgl. HÖRL & SPANNRING 2001: 316).

Nachfolgend werden die *situativen Beschreibungen von Gewalthandlungen* aus den Interviews präsentiert. Dabei bleiben Parallelen zum Abschlussbericht des Kooperationsprojektes *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen* nicht aus (vgl. GÖRGEN 2010).

Im Familiensetting Becker berichten der Sohn und seine Lebensgefährtin von wechselseitigen verbalen Auseinandersetzungen zwischen ihnen und seiner Mutter. Ursächlich hierfür sei die schwankende geistige Verfassung der pflegebedürftigen Frau Becker Senior, darauf reagiere die Lebensgefährtin mit Aggressivität. Er selbst attackiert seine Mutter ebenfalls heftig verbal:

„(...) wir saßen hier, und da habe ich gesagt: ‚Pass mal auf, wenn du dich so verhältst und unsere Beziehung hier von [XY] und mir dabei auf in die Brüche geht, dann springst du erst über die Klinge‘, so das ist natürlich, das ist ziemlich hart, aber für mich ist es denn auch wichtig, da ein Ventil zu haben (...)“ (ebd. 178).

Bei einem sich verschlechternden Gesundheitszustand der Mutter halten die Interviewten das Hinzuziehen externer Unterstützung, z. B. durch die Beschäftigung eines ambulanten Pflegedienstes, für wahrscheinlich. Auch der Umzug in eine stationäre Einrichtung wird in Erwägung gezogen.

Aus Sicht der Autorin lässt die zeitlebens konfliktreiche Familienbeziehung zwischen der konservativen Mutter und dem liberalen Sohn vermuten, dass ein zunehmender Pflegebedarf und dessen Erfüllung durch die Familie nur zum Preis eines höheren Gewalttrisikos befriedigt werden kann. Welche Art von gewalttätigen Handlungen oder Vernachlässigungen zutage träten, ist spekulativ. Denkbar wäre der Entzug des Kontaktes oder die generelle Unterlassung von Hilfeleistungen. Befragt über allgemeine Risiken⁹⁸ in der häuslichen Pflege, äußert sich die Lebensgefährtin von Herrn Becker Junior wie folgt:

„Also, ich kann mir schon vorstellen, dass auch leibliche Kinder Aggressionen gegen so Alte hegen können, und ich kann mir auch vorstellen, dass das manchmal auch aufgestaute Sachen sind, wenn zum Beispiel Kinder mit ihren Eltern in ihrer Kindheit was erlebt haben und dass das irgendwie wieder hoch kommt oder in anderer Form. Und zum Beispiel auch so sich ständig bis über die Grenzen einsetzen und kein bisschen Dankbarkeit, sondern vielleicht nur alles, was man nicht tut und was die anderen, die ab und zu kommen, viel besser machen. Dass man dann irgendwann mal rotsieht, also ich denke, ich würde es immer ablehnen, körperlich anzugreifen, aber dass man schreit oder dann mal sagt, jetzt bleibe ich mal einen halben Tag weg, das kann ich mir, könnte ich mir vorstellen, wenn ich ständig pflegen müsste“ (Herr Becker Junior und seine Lebensgefährtin: 267).

Bei Familie Conrad hat sich mit dem Eintritt der Pflege das Verhältnis zwischen der alten Mutter und der erwachsenen Tochter nach Einschätzung beider grundsätzlich verbessert. Zugleich gibt es aber Verschiebungen auf der Machtdimension. So dominiert Frau Conrad Junior die Beziehung sehr stark. Sie will sich mit ihren Ansichten durchsetzen und reagiert besonders in Situationen, in denen die alte Mutter nicht den Erwartungen der erwachsenen Tochter entspricht, verbal aggressiv:

„Ich habe sie auch schon mal angeschrien, hab gesagt: ‚Es reicht jetzt, ich bin hier zu Hause, und das wird so gemacht, wie ich das will‘. Ist genauso, wie man früher umgekehrt gemacht hat: ‚Solange du die Füße unter meinen Tisch stellst, machen wir das so, wie ich das‘ oder ich sag dann auch zu ihr: ‚Mensch, halt dich da raus, du hast da keine Ahnung von‘ oder so, das sage ich schon auch manchmal“ (Frau Conrad Junior 116).

⁹⁸ Als Einstieg in den Fragenkomplex zum Thema Gewalt sind die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner der Interviewstudie über allgemeine Risiken in der häuslichen Pflege befragt worden. Die Frage lautete: „Auch bei Menschen, die von ihren Angehörigen zuhause gepflegt werden, kann es vorkommen, dass sie manchmal nicht gut behandelt werden. Können Sie sich vorstellen, wie so etwas aussehen und wie es dazu kommen kann?“ (Anhang 11.3).

Ebenso wird von der pflegenden Tochter in Kauf genommen, der pflegebedürftigen Mutter bspw. beim Anziehen Schmerzen zu zufügen. Dies ließe sich laut pflegender Tochter nicht vermeiden und geschehe unbeabsichtigt:

„(...) aber ja, ich tue der öfter mal weh, aber das hängt auch viel damit zusammen, dass man manchmal gar nicht weiß, wo man die noch anfassen soll, ja, also nicht mit Absicht weh, aber ist natürlich klar, man kriegt in seinen Handlungsweisen auch eine gewisse Routine jetzt im Laufe der Zeit, und dann muss es manchmal auch mal ein bisschen schneller gehen, und dann wird sie auch nicht mit Glacéhandschuhen angefasst, sondern dann wird sie halt gewaschen (...) dann geht das zack zack und links und Pullover an und so. Aber ich sage mal, dann tue ich ihr auch mitunter weh, aber nicht bewusst oder nicht mit Absicht. Aber dadurch, dass sie natürlich viele (...) kaputte Stellen hat oder wo ihr die Knochen weh tun, fühlt die sich dann manchmal schon ein bisschen robust angefasst. Aber also nicht mit Absicht (...)“ (Frau Conrad Junior: 114).

Wenn die Mutter ihre Tochter auf das Verhalten anspricht, reagiert diese verbal aggressiv: „Na also, dann halt dich ruhig oder halt deinen Mund“ (Frau Conrad Senior: 72). Doch auch dafür zeigt die pflegebedürftige, alte Frau Verständnis und Nachsicht. Zu groß sei die Dankbarkeit gegenüber der Tochter. Überhaupt sei es nicht möglich, seitens der Tochter verletzt zu werden. Sie findet entschuldigende Worte: „die kann mir gar nicht wehtun. Da kommt die gar nicht hin. Dazu habe ich die viel zu lieb“ (ebd.).

Letzten Endes lässt sich die Frage, ob die sich täglich wiederholenden, schmerzvollen Handlungen im Pflegealltag absichtsvoll geschehen, nicht beantworten. Denn aus den Beschreibungen der Interviewten kann nicht eindeutig abgeleitet werden, ob die gesundheitliche Gesamtverfassung der Mutter oder ob das routinierte Handeln der Tochter die Schmerzen hervorruft. Ließe sich als Ursache der Punkt Routine identifizieren, so wäre von einer vermeidbaren Verhaltensweise zu sprechen.

Im Familiensetting Dietrich stellt die pflegebedürftige Mutter ihre Beziehung zur pflegenden Tochter als „gut“ (Frau Dietrich Senior: 161) dar. Sie weiß um die Schwächen der Tochter, die sie als „leicht aufbrausend“ (ebd. 171) und „übernervös“ (ebd. 111) beschreibt. Über folgendes Streitgespräch berichtet die Mutter:

„Ach Gott, das sind manchmal Kleinigkeiten, zum Beispiel, ich schimpfe, wenn sechs, acht Lampen brennen. Und die brennen bei uns regelmäßig. Bei mir nicht, wenn ich alleine in der Wohnung bin, das ist, für mich ist das Verschwendung, wenn man ja, wir mussten ja immer sehr, sehr sparen. Und sie, die sind da: ‚Stell dich nicht so an‘, dann faucht die mich an und ‚geht dich nichts an‘ oder so, solche Worte eben, das sind nur so Kleinigkeiten“ (ebd. 199).

Auf die Frage nach der Qualität des Pflegealltages antwortet die Mutter: „das klappt so einigermaßen“ (Familie Dietrich Senior: 109). Hin und wieder gibt es Situationen, in denen sie sich nicht angemessen gepflegt fühlt. Leider werden diese Äußerungen nicht näher erläutert.

Aufgrund chronischer Schmerzen wird die Mutter mit Morphinum behandelt. In der Folge fällt es der Mutter bspw. schwer, einen geregelten Tages- und Nachtrhythmus beizubehalten. Permanent äußert sie den Wunsch, die Toilette aufzusuchen. Da die pflegende Tochter im selben Zimmer schläft, können hieraus spannungsgeladene Situationen entstehen. So beschreibt die Pflegende, dass sie hin und wieder in einem sehr bestimmten Ton der Mutter gegenübertritt und sie – mit Verweis auf ihr eigenes Schlafbedürfnis – auffordert, im Bett zu verbleiben. Einmal habe sie ihre Mutter dabei grob angefasst, weil diese unbedacht losrannte und sich den Katheter und die Magensonde dabei rauszuziehen drohte.

Auch Vorkommnisse physisch groben Verhaltens existieren in diesem Pflegesetting. So schildert die pflegebedürftige Mutter: „Verletzt [hat sie mich] nie, aber sie hat mir einmal in Wut an den Haaren gezogen. Aber sagen Sie das bloß nicht“ (Familie Dietrich Senior: 213). Der Tochter habe das Verhalten „gleich leidgetan“ (ebd. 224). Im weiteren Gesprächsverlauf versichert die Interviewerin die uneingeschränkte Vertraulichkeit des Materials zu. Allerdings verhindern ausbleibende Nachfragen die eindeutige Aufklärung des beschriebenen Sachverhaltes. Möglicherweise fügte die pflegende Tochter der pflegebedürftigen Mutter beim Kämmen der Haare Schmerzen zu. Ob diese Handlung als eindeutig aggressiv oder intentional zu identifizieren ist, lässt sich nur schwer beurteilen. Hierzu sind die Ausführungen zu vage. Gleichfalls erzählt die pflegebedürftige Mutter von recht weitreichenden Vorgaben seitens der Tochter. Dabei bringt sie zum Ausdruck, sich diesen bewusst unterzuordnen:

„(...) sie hat schon mal gesagt, aber ‚Jetzt machen wir das Licht aus, und du hast mit dem Lesen [genug] und so‘, wenn ich lesen wollte. (...) dann würde ich ja nie nein sagen. Sie kriegt ihren Willen natürlich immer; ich bin ja auf sie angewiesen. Das ist ja klar“ (Frau Dietrich Senior: 215).

Auf die Frage an die Mutter, ob sie schon einmal ihrer erwachsenen Tochter gegenüber gewalttätige Verhaltensweisen gezeigt habe, antwortet sie: „Da würde ich aber den Kürzeren ziehen. Um Gottes Willen“ (ebd. 227). In ihrer derzeitigen Abhängigkeitssituation könne sie sich ein solches Verhalten „nicht erlauben“ (ebd. 229).

Im Fall von Familie Fischer gibt es sowohl nach Aussage der Mutter als auch der Tochter bei Meinungsverschiedenheiten schon mal lautere Wortwechsel (Frau Fischer Junior: 358-365, Frau Fischer Senior: 281-288). Allerdings bleiben beide in ihren Aussagen unkonkret. Direkt thematisiert wird durch die pflegende Tochter allein die letzte Krankenhauseinweisung, die sie gegen den Willen der Mutter veranlasst: „Das hat sie mir übel genommen“ (Familie Fischer Junior: 350). Als beleidigend empfindet sie die Beschimpfungen

der Mutter, die darauf ihre Pflegemotivation infrage stellt: „es war schon teilweise ziemlich gemein“ (ebd. 350).

Die pflegende Tochter der Familie Ihle ärgert besonders, wenn die pflegebedürftige Mutter ihre „Schallplatte“ (Frau Ihle Junior: 322) auflegt, d. h. aktuelle Ereignisse immer wieder anspricht und Aussagen ständig wiederholt: „das wird dann also immer wieder durchgekaut“ (ebd. 326). Darauf reagiert die Tochter gereizt oder verlässt aus Sorge um die eigene Reaktion an Tagen, „wenn ich also nun selber nicht so gut drauf [bin]“ (ebd. 322) die mütterliche Wohnung frühzeitig „weil ich (...) vielleicht auch unwirsch wäre“ (ebd. 322).

Konflikte gibt es bei Familie Jansen nach gemeinsamer Aussage von Tochter und Mutter in zwei Punkten. Zum einen findet Frau Jansen Junior, dass sich Frau Jansen Senior nicht adäquat kleidet, wenn sie in den Garten geht. Trotz Bitten zieht sich die alte, pflegebedürftige Mutter in der Regel nicht wärmer an. Eine Reaktion, welche die erwachsene, pflegende Tochter als „Altersstarrsinn“ (Frau Jansen Junior: 100) wertet. Sie schildert konkret eine Situation, in der sie deshalb so wütend wurde, dass sie mit Blumentöpfen um sich warf und später einen „Heulkrampf“ (Frau Jansen Senior: 231) bekam. Die Wut der erwachsenen Tochter über das Verhalten der alten Mutter rührt daher, dass im Krankheitsfall die zusätzliche Arbeit auf Frau Jansen Junior zukäme. Der zweite Konflikt dreht sich um die Abneigung von Frau Jansen Senior, ins Krankenhaus zu gehen. Auch dafür kann die Tochter kein Verständnis aufbringen. Insgesamt erwartet sie mehr Rücksicht von ihrer Mutter. Frau Jansen Junior schätzt sich als Person ein, die zwar schimpft, wenn ihr etwas nicht passt, dann aber doch einlenkt und alles so macht, wie die anderen es wünschen. Nach verbalen Viktimisierungen befragt, sagt Frau Jansen Senior, dass ihre Tochter sie nicht beleidige, aber durchaus laut werde. Auch die Tochter antwortet offen, dass sie vor dem Hintergrund dieser Belastungen manchmal „ausrastet“. Dennoch pflegen beide einen herzlichen, humorvollen Umgang.⁹⁹

Tabelle 36 fasst die charakteristischen Merkmale aller zehn intergenerationalen Pflegebeziehungen zusammen. Dabei gibt die vorletzte Spalte darüber Auskunft, ob in der häuslichen Familienpflege Vorkommnisse von gewalttätigen Handlungen bzw. Vernachlässigungen zu beobachten sind. Die letzte Spalte wiederum hält Hinweise auf mögliche zukünftige Gefährdungslagen und damit potenzielle Risikofälle fest. Für die Erstellung der Tabelle konnte die Autorin auf existierende Übersichten aus dem Projekt KuGiLaM zurückgreifen.

⁹⁹ Im Interview wird viel gelacht. Allerdings bieten sich der pflegebedürftigen Mutter keine Möglichkeiten, ihre persönlichen Eindrücke zu schildern, denn die pflegende Tochter ist während des gesamten Interviews im Raum.

Tabelle 36: Einschätzung aktueller Gewaltvorkommnisse und zukünftiger Gefährdungslagen in den zehn Pflegesettings

<i>Familien-setting</i>	<i>Zusammenfassende Charakterisierung der Familien</i>	<i>Aktuelle Gewaltvorkommnisse</i>	<i>Zukünftige Gefährdungslagen</i>
Familie Albrecht	– Das Ehepaar Albrecht und ein ambulanter Dienst versorgen gemeinsam den Vater des Mannes und die Mutter der Frau. Pflegende und Pflegebedürftige leben in getrennte Haushalten.		
	– Der aktuelle Krankenhausaufenthalt des Ehemannes belastet die pflegende Ehefrau sehr. Sie ist neben der eigenen Berufstätigkeit mit einer doppelten Pflegesituation konfrontiert.	Nein	Nein
	– Über viele Jahre gab es zwischen Mutter und Tochter keinen Kontakt. Dennoch kennzeichnet die aktuelle Pflegesituation eine gleichberechtigte Partnerschaft.		
	– Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen.		
Familie Becker	– Der Sohn und die Lebensgefährtin unterstützen die Mutter (kein Pflegebedarf im engeren Sinne).		
	– Finanzielle Verstrickungen zwischen Mutter und Sohn führen zu gegenseitigen Abhängigkeiten.		
	– Die Mutter akzeptiert weder den Sohn noch seine Lebensgefährtin noch deren Lebensstil. Sie zeigt starke Autonomiebestrebungen und agiert „zwischen Einfordern und Zurückhalten“.	Ja	Ja
	– Die aktuelle Pflegesituation ist durch verbale Auseinandersetzungen und wechselseitige Vorwürfe, Kampf und Rebellion gekennzeichnet.		
	– Ein steigender Pflegebedarf der Mutter geht vermutlich mit einem erhöhten Gewaltrisiko einher.		
Familie Conrad	– Eine Tochter pflegt ohne externe Unterstützung ihre Mutter. Beide teilen sich einen Haushalt.		
	– In der Vergangenheit gab es massive Konflikte zwischen beiden. Die Übernahme pflegerischer Aufgaben kann als biografische Chance des Mutter-Tochter-Verhältnisses gewertet werden.		
	– Allerdings braucht es dafür zwei Voraussetzungen. Die Mutter muss ihre Dominanzansprüche aufgeben und die extreme Rollenumkehr der Tochter zulassen.	Kritische Verhaltensweisen, Absicht unklar	Unklar
	– Die Tochter ist gegenüber der Mutter verbal aggressiv . Zudem fügt sie ihr nach eigenen Aussagen beim Anziehen häufiger Schmerzen zu . Ob dem eine Absicht zugrunde liegt, bleibt offen. Die Mutter zeigt große Nachsicht.		

Fortsetzung Tabelle 36: Einschätzung aktueller Gewaltvorkommnisse und zukünftiger Gefährdungslagen in den zehn Pflegesettings

<i>Familien-setting</i>	<i>Zusammenfassende Charakterisierung der Familien</i>	<i>Aktuelle Gewaltvorkommnisse</i>	<i>Zukünftige Gefährdungslagen</i>
Familie Dietrich	– Tochter und Mutter leben in getrennten Wohnungen desselben Hauses. Zahlreiche Familienmitglieder unterstützen die Pflegende.		
	– Die Tochter ist stolz darauf, die Pflege zu leisten. Sie äußert, ihre Mutter stets angemessen zu versorgen. Die Mutter verneint das allerdings. Das Familiensetting steht für die einseitige Dominanz der Tochter.	Kritische Verhaltensweisen, Absicht unklar	Unklar
	– Die pflegebedürftige Mutter beschreibt, beim Haare Bürsten durch ihre Tochter grob angefasst worden zu sein. Ob dem eine Absicht zugrunde liegt, bleibt offen.		
Familie Ebert	– Die in Vollzeit berufstätige Tochter versorgt ihre alleinlebende Mutter. Dafür hat sie sich professionelle Unterstützung gesucht.		
	– Die Mutter hofft, dass sich ihre gesundheitliche Situation verbessert. Sie kämpft um ihre Selbstständigkeit und lehnt jegliche externe Hilfe ab, wodurch sich die Tochter psychisch unter Druck gesetzt fühlt. Sie droht dann, ihre Unterstützung einzustellen.	Nein	Nein
	– Die Tochter glaubt nicht an eine Verbesserung. Sie plant, die Mutter für das Leben in einer stationären Einrichtung zu gewinnen. Das Pflegesetting steht für Kampf und Rebellion.		
	– Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen.		
Familie Fischer	– Auch hier pflegt eine in Vollzeit berufstätige Tochter ihre alleinlebende Mutter; allerdings ohne Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes.		
	– Der Ehemann zeigt wenig Verständnis, dass sich seine Ehefrau so intensiv um ihre Mutter kümmert. Vielmehr fordert er ein, dass sie seinen Bedürfnissen, z. B. nach gemeinsamen Reisen gerecht wird.	Nein	Nein
	– Die Tochter wirkt, im Zentrum des Spannungsfeldes stehend, bedürfnislos. Sie gibt an, unter depressiven Symptomen zu leiden. Dennoch kennzeichnet die aktuelle Pflegesituation eine gleichberechtigte Partnerschaft.		
	– Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen.		

Fortsetzung Tabelle 36: Einschätzung aktueller Gewaltvorkommnisse und zukünftiger Gefährdungslagen in den zehn Pflegesettings

Familien-setting	Zusammenfassende Charakterisierung der Familien	Aktuelle Gewaltvorkommnisse	Zukünftige Gefährdungslagen
Familie Gerlach	<ul style="list-style-type: none"> – Die hochaltrige, schwerstpflegebedürftige und bettlägerige Mutter wird seit vielen Jahren von ihrer Tochter gepflegt. Beide leben gemeinsam in einem Haus. – Es handelt sich um eine harmonische Pflegebeziehung, die sich durch mütterliche Dankbarkeit auszeichnet. Die Tochter hat der Mutter die Bevorzugung ihres Bruders in der Kindheit vergeben. – Die Mutter äußert, lebensmüde zu sein. Die Tochter fürchtet sich vor dem Tod der Mutter. – Das Familiensetting steht für das Interaktionsmuster beschützende Autorität. – Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen. 	Nein	Nein
Familie Hoffmann	<ul style="list-style-type: none"> – Eine berufstätige Tochter pflegt ihre alleinlebende, alte Mutter. Die Beziehung der beiden kann als harmonisch bezeichnet werden. Konflikte bestehen zu den Geschwistern. – Die Mutter meint, dass sich die Eltern-Kind-Rollen umkehren. Die Tochter fühlt sich seit frühester Kindheit für die Mutter verantwortlich. Aus ihrer Sicht setzt sich das beschützende Verhältnis nunmehr fort. – Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen. 	Nein	Nein
Familie Ihle	<ul style="list-style-type: none"> – Eine körperlich eingeschränkte Tochter, die ihren Beruf aufgegeben hat, pflegt ihre Mutter. Beide leben in getrennten Wohnungen. – Die Tochter fühlt sich durch die artikulierte Todessehnsucht der pflegebedürftigen Mutter psychisch stark belastet. Bei beiden sind depressive Symptome diagnostiziert, die medikamentös behandelt werden. – Das Familiensetting steht für das Interaktionsmuster beschützende Autorität. – Es gibt keine Anzeichen für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen. 	Nein	Nein
Familie Jansen	<ul style="list-style-type: none"> – Die Tochter kümmert sich nicht nur um die pflegebedürftige Mutter, sondern auch um den geistig behinderten Bruder. Mutter und Tochter wohnen in getrennten Haushalten. – Die pflegende Tochter fühlt sich wegen der vielfältigen Betreuungsaufgaben ausgenutzt. Sie fordert Rücksichtnahme von der Mutter. Verbale Auseinandersetzungen kommen vor. – Trotz offener Konflikte (Kampf und Rebellion) gehen beide herzlich und humorvoll miteinander um. 	Kritische Verhaltensweisen, Absicht unklar	Ja

Quelle: Eigene Darstellung

Insgesamt lassen die zehn ausgewählten Familiensettings keine Rückschlüsse darauf zu, dass eines der erwachsenen, pflegenden Kinder absichtsvoll und situationsübergreifend gewalttätige Handlungen bzw. Vernachlässigungen gegen die alten, pflegebedürftigen Eltern verübte. Kritische Verhaltensweisen gibt es allerdings.

8.6 Kurze Zusammenfassung des qualitativen Ergebnisteils

Das *Konzept der Generationenambivalenz* von LÜSCHER (2005, 2002, 2000) ist auf die Beziehung zwischen pflegebedürftigen Eltern und pflegenden Kindern anwendbar. Dieser innovative Ansatz hat sich als äußerst fruchtbar erwiesen. Die Analyse der zehn Pflegesettings konnte die Aushandlungsprozesse zwischen alternden Eltern und erwachsenen Kindern, die größtenteils selbst Eltern sind, konkretisieren.

Mithilfe einer inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden u. a. widersprüchliche Gefühle und widerstreitende Erwartungen herausgearbeitet. Insbesondere das Spannungsfeld zwischen Abhängigkeit und Selbstständigkeit erzeugt neben Momenten wechselseitiger Unterstützung auch konfliktreiche Situationen. In Anlehnung an die vier identifizierten familialen Interaktionsmuster *Gleichberechtigte Partnerschaft*, *Beschützende Autorität*, *Einseitige Dominanz* sowie *Kampf und Rebellion* überwiegen entweder Vertrauen oder Anspannung im Umgang mit den körperlichen Einschränkungen der pflegebedürftigen Eltern und sich daraus ergebenden Abhängigkeitssituationen zu den pflegenden Kindern.

9 Ausführliche Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Mit Hilfe eines Mixed-Method-Ansatzes ist es gelungen, die Beziehung zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern tiefergehend zu analysieren. Es konnten sowohl quantitative Aussagen zum Ausmaß von Gewalterfahrungen als auch qualitative Aussagen zur familialen Beziehungsdynamik getroffen werden. Dabei bleibt nicht aus, dass die vorliegende Arbeit auch an Grenzen stößt. Auf diese Limitationen wird nachfolgend ausführlicher eingegangen. Zugleich werden die Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand eingebettet.

9.1 Ausführliche Zusammenfassung und kritische Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der quantitativen Fragebogenstudie haben die statistischen Analysen gezeigt, dass intergenerationale Pflegebeziehungen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich eingeschränkten Eltern im Vergleich zu anderen Pflegegruppen geringere Prävalenzraten aufweisen. Nichtsdestotrotz geben drei (7.7 %) erwachsene Kinder an, die alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern zu *vernachlässigen*. Jedes 10. Kind (4, 10.3 %) hat im letzten Jahr, *physische Gewalt* angewendet. Bei den *psychischen Misshandlungen* vervierfacht sich der Anteil nahezu (15, 38.5 %). Bedeutsames Problemverhalten, eine Variable, die entlang der Kriterien *Schwere*, *Intensität* und *Breite* verschiedene Verhaltensweisen priorisiert, zeigt etwa jedes dritte pflegende Kind (12, 30.8 %). Finanzielle Ausbeutungen spielen in der vorliegenden Arbeit keine Rolle.

Im Vergleich zu internationalen Forschungsergebnissen liegen die beschriebenen Prävalenzraten im Mittelfeld. Zur Erinnerung, in Spanien (vgl. MARMOLEJO 2008) ist der Anteil an älteren, pflegebedürftigen und misshandelten Menschen 1.5 %; in Großbritannien erstaunliche 52 % (vgl. COONEY, HOWARD & LAWLOR 2006; COOPER, SELWOOD, BLANCHARD ET AL. 2009). Am nächsten kommen die vorgefundenen Prävalenzraten den Ergebnissen aus Nordirland (vgl. COMPTON, FLANGAN & GREGG 1997) bzw. aus Holland (vgl. POT, VAN DYCK, JONKER ET AL. 1996). Eine Einschränkung gibt es allerdings. Beide Studien berücksichtigen pflegende Angehörige von dementiell erkrankten und nicht körperlich pflegebedürftigen Menschen.

Aufgrund des schwierigen Zugangs zur Zielgruppe darf vermutet werden, dass sich das tatsächliche Ausmaß auch zukünftig nicht aufdecken lässt. Hier lassen sich eher Tendenzen abbilden.

Zur Vorhersage bedeutsamen Problemverhaltens konnten in der vorliegenden Arbeit zwei Prädiktoren identifiziert werden: *subjektive Belastungen* aufseiten der erwachsenen, pflegenden Kinder und *aggressive Verhaltensweisen* aufseiten der alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern. Andere Risikofaktoren, wie etwa depressive Symptome bzw. Suchterkrankungen bei pflegenden Angehörigen, ein gemeinsamer Haushalt oder die fehlende Unterstützung des sozialen Umfeldes, hatten keinen Einfluss auf gewalttätige Handlungen und Vernachlässigungen gegenüber alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern.

Die vorgefundenen Ergebnisse sind jedoch nicht ohne weiteres übertragbar bzw. generalisierbar. Das liegt u. a. an den geringen Fallzahlen. So setzt sich die Gruppe intergenerationale Pflegearrangements ohne Demenz (interogD) lediglich aus 39 Personen zusammen. Zudem gibt es soziodemografische Besonderheiten, etwa das sich überdurchschnittlich viele um schwer- oder schwerstpflegebedürftige Angehörige (Pflegestufe II oder Pflegestufe III) kümmern. Die Repräsentativität der Stichprobe ist damit nicht gewährleistet. Das gilt es bei zukünftigen Forschungsarbeiten, die sich mit dem Ausmaß und den Risikofaktoren in der häuslichen Pflege auseinandersetzen, zu verbessern.

Auch bei der Auswahl geeigneter Skalen sollten kommende Forschungsprojekte neue Wege gehen. Das eingesetzte Erhebungsinstrument zur Frage, wie überzeugt pflegende Angehörige sind, im Bedarfsfall auf die Unterstützung und die Ressourcen von Personen im sozialen Umfeld setzen zu können, wurde von 78 (35.9 %) Befragten nicht vollständig beantwortet. Zukünftige Fragebogenstudien im Kontext häusliche Pflege sollten erwägen, das Instrument anzupassen.

Zur Erfassung selbstberichteter, problematischer Verhaltensweisen von pflegenden Angehörigen wurden 29 Items für den Zeitraum der letzten 12 Monate abgefragt. Dabei fällt auf, dass nur bei sechs Items auf ein absichtsvolles und damit intendiertes Handeln bzw. Unterlassen abgestellt wird. Es ist zu vermuten, dass diese sich, auf den ersten Blick feinen Unterschiede in der Formulierung, dennoch auf das Antwortverhalten der Befragungsteilnehmenden auswirkten. So könnten Personen, die sich keiner Schädigungsintention bewusst waren, von den Items nicht angesprochen fühlen. Im Ergebnis konnte die hergeleitete Ein- und Abgrenzung des Begriffes Gewalt (Kapitel 2), als Verhaltensweise aktiven Tuns bzw. Unterlassens, durch welche einer älteren, pflegebedürftigen Person im Rahmen einer Vertrauensbeziehung absichtsvoll Schaden zugefügt wird, nicht durchgängig angewendet werden. Bei zukünftigen Erhebungen ist auf ein einheitliches Vorgehen zu achten. In Tabelle 37 werden entlang der zentralen Fragen und Hypothesen die statistischen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit abschließend dargestellt.

Tabelle 37: Statistische Ergebnisse der vorliegenden Arbeit

<i>Zentrale Frage</i>	<i>Hypothese</i>	<i>Ergebnis</i>
<i>Forschungsfrage 1</i> Wie stellen sich Gewalterfahrungen älterer, pflegebedürftiger Menschen in der Häuslichkeit dar?	<i>Hypothese 1.1</i> In der häuslichen Pflege zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern treten gewalttätige Handlungen (physische, psychische, finanzielle) häufiger auf als Vernachlässigungen (pflegerische).	Bestätigt
	<i>Hypothese 1.2</i> Unter den gewalttätigen Handlungen gegen alte, körperlich pflegebedürftige Eltern treten psychische Misshandlungen häufiger auf als physische Misshandlungen und physische Misshandlungen häufiger als finanzielle Ausbeutungen.	Bestätigt
<i>Forschungsfrage 2</i> Unter welchen Bedingungskonstellationen sind Gewaltanwendungen in der familiären, häuslichen Pflege älterer Menschen wahrscheinlich?	<i>Hypothese 2.1</i> Erwachsene, pflegende Kinder, die den Pflegealltag als hohe subjektive Belastung wahrnehmen oder unter depressiven Symptomen oder einer Suchterkrankung leiden, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.	Bestätigt in Bezug auf die Variable subjektive Belastungen
	<i>Hypothese 2.2</i> Alte, körperlich pflegebedürftige Eltern, die selbst aggressive Verhaltensweisen zeigen, unterliegen einem erhöhten Risiko, Opfer von gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen durch erwachsene, pflegende Kinder zu werden.	Bestätigt
	<i>Hypothese 2.3</i> Pflegende, erwachsene Kinder, die sich mit ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern den Haushalt teilen oder die durch das soziale Umfeld keine Unterstützung erfahren, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.	Abgelehnt
<i>Forschungsfrage 3</i> Inwieweit wird die aktuelle Pflegebeziehung von der Qualität der familialen Beziehungsgeschichte bestimmt?	<i>Hypothese 3.1</i> Erwachsene, pflegende Kinder, die seit Eintritt der Pflege eine negative Beziehungsentwicklung zu ihren alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern wahrnehmen, neigen eher zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen.	Abgelehnt

Quelle: Eigene Darstellung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, sich nicht auf quantitative Aspekte des Phänomens Gewalterfahrungen und Gefährdungslagen in der häuslichen Pflege alter Menschen zu beschränken. Ein zweiter Strang untersuchte, unter besonderer Berücksichtigung des Konzeptes intergenerationaler Ambivalenzen, qualitative Aspekte von Familienbeziehungen. Zehn Pflegearrangements zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern wurden dafür qualitativ inhaltsanalytisch ausgewertet.

Zunächst sind die Motive, welche die Kinder als Beweggrund zur Übernahme pflegerischer Aufgaben nennen, ungewöhnlich. Empathische Gründe wie *Liebe, Fürsorge oder Zuneigung*, die auf eine enge, positive Eltern-Kind-Beziehung schließen lassen, werden von keinem pflegenden Kind explizit aufgeführt. Die häufigste Antwort (6 von 10) lautet, dass es *keine akzeptable Alternative* gibt. Damit meinen die erwachsenen Kinder, den alten Eltern eine Betreuung durch ambulante Pflegedienste oder das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung nicht zumuten zu wollen.

Zugleich nehmen nahezu alle pflegenden Kinder (9 von 10) durch die häusliche Versorgung der körperlich pflegebedürftigen Eltern in diversen Lebensbereichen *persönliche Einschränkungen* wahr. Das betrifft Einschränkung etwa des Lebensstandards, die deutliche Reduzierung privater Kontakte, die erzwungene Aufgabe der Erwerbstätigkeit bzw. die Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten. Die pflegenden Kinder belastet (6 von 10) zudem, dass sie im Alltag gezwungen sind, Rücksicht zu nehmen, in ihren Entscheidungen nicht mehr frei sind und sich zeitlich angebunden fühlen. An diesem Beispiel der *Fremdbestimmung in der Alltagsgestaltung* zeigt sich, dass der häuslichen Pflege ein grundsätzlicher Widerspruch innewohnt. Nimmt man die Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen ernst, so geht dies in der informellen häuslichen Pflege zu Lasten der pflegenden Angehörigen. Das „sich in den Dienst des anderen stellen“ führt zu starken Bedürfniskonflikten.

Die alt gewordenen Eltern wiederum belastet (8 von 10), dass ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten zunehmend nachlassen. Sie erleben dies als Verlust ihrer Selbstständigkeit. Als belastend empfinden sie auch (7 von 10), allein Hilfeempfangende zu sein. Sie fürchten, den erwachsenen Kindern durch den hohen Unterstützungsbedarf zur Last zu fallen.

In Verbindung mit den theoretischen Vorüberlegungen, dass Pflegesituationen zwischen erwachsenen, pflegenden Kindern und alten, körperlich pflegebedürftigen Eltern Ambivalenzen generieren, deren lebenspraktischer Umgang auch zu gewalttätigen Handlungen und Vernachlässigungen führen können, lassen sich folgende Erkenntnisse ableiten.

Beide Generationen beschreiben Widersprüche, die in Verbindung mit dem Pflegealltag stehen, auch wenn sie dafür nicht den Begriff Ambivalenz verwenden. Diese lassen sich einerseits der individuellen Ebene (bspw. gegensätzliche Gefühle) und andererseits der strukturellen Ebene (bspw. gegensätzliche Rollen und Normen) zuordnen. Am häufigsten wird sowohl von pflegenden Kindern als auch von körperlich pflegebedürftigen Eltern die *Umkehr der Eltern-Kind-Rolle* (7 von 10) sowie der *Zwiespalt zwischen Selbstständigkeit und Abhängigkeit* (6

von 10) angeführt. Das bedeutet, den alten Eltern fällt es bisweilen schwer, ihre gesundheitlichen Einschränkungen bzw. sich verändernde Rollen zu akzeptieren und Hilfe anzunehmen.

Die Erfahrung von Ambivalenzen lässt per se noch keinen Rückschluss auf die Qualität der Familienbeziehung zu. Vielmehr geht es um die Frage, wie innerfamiliär auf Widersprüche reagiert wird. Vier familiäre Interaktionsmuster im Umgang mit Ambivalenzerfahrungen konnten in einem zweiten Analyseschritt aus dem Datenmaterial herausgearbeitet werden. Für die Gruppierung der empirischen Fälle ist eine typenbildende qualitative Inhaltsanalyse zum Einsatz gekommen.

Das Interaktionsmuster *Gleichberechtigte Partnerschaft* zeichnet sich überwiegend durch ein ausgeglichenes, freundschaftliches und vertrauensvolles Verhältnis zwischen erwachsenen Kindern und alten Eltern aus. Die Generationen nehmen sich als gleichberechtigt wahr. Entscheidungen werden auf Augenhöhe getroffen. Bei Meinungsverschiedenheiten werden Kompromisse ausgehandelt. Das lässt sich darauf zurückführen, dass die pflegenden Kinder den Anspruch haben, trotz des bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses Teilhabe und Selbstbestimmung zuzulassen. Zugleich akzeptieren die körperlich pflegebedürftigen Eltern, dass sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen auf Unterstützung angewiesen sind. Für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen gibt es keine Anzeichen.

Für das Interaktionsmuster *Beschützende Autorität* ist charakteristisch, dass die Generationen ebenfalls einen vertrauensvollen Umgang pflegen und zwischen erwachsenen Kindern und alten, körperlich eingeschränkten Eltern eine enge, emotionale Bindung besteht. Allerdings werden in diesen Familien anstehende Entscheidungen mehrheitlich von den pflegenden Kindern getroffen. Dabei leitet sie die Maxime, im Sinne einer Stellvertretung für die pflegebedürftigen Eltern zu handeln. Das gelingt, weil ihnen die Eltern vertrauen. Für aktuelle Gewaltvorkommnisse bzw. zukünftige Gefährdungslagen gibt es in dem Interaktionsmuster *Beschützende Autorität* keine Anzeichen.

Das Interaktionsmuster *Einseitige Dominanz* zeichnet sich durch eine in der Vergangenheit angespannte und konfliktreiche Eltern-Kind-Beziehung aus. Mit dem zunehmenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf aufseiten der Eltern verbessert sich auf den ersten Blick das Verhältnis. Doch die augenscheinlich neue Beziehungsqualität hat ihren Preis. Nunmehr dominiert das erwachsene Kind die Beziehung sehr stark, ohne dass es dafür das Vertrauen der Eltern besitzt. Für aktuelle Gewaltvorkommnisse gibt es Anzeichen. Es werden verbale

Aggressionen benannt. Zugleich zeigen die pflegenden Kinder situativ kritische Verhaltensweisen. Sie verursachen während des Anziehens von Kleidung oder beim Haare Bürsten bei den pflegebedürftigen Eltern Schmerzen. Ob dem ein absichtsvolles Handeln zugrunde liegt, lässt sich aus dem Datenmaterial nicht eindeutig ableiten. Ob zukünftig eine Gefahr für gewalttätige Handlungen bzw. Vernachlässigungen besteht, lässt sich ebenfalls nur schwer beantworten.

Auch für das Interaktionsmuster *Kampf und Rebellion* gibt es typische Merkmalsausprägungen. Dazu gehört, dass die pflegebedürftigen Eltern ihre gesundheitlichen Einschränkungen und den sich daraus ergebenden Autonomieverlust nicht akzeptieren. Auf die Versuche der Kinder, Entscheidungen alleine zu treffen, reagieren die Eltern mit Empörung und Widerstand. Denn sie fühlen sich in ihrer Selbstbestimmung verletzt.

In Abhängigkeit davon, ob die intergenerationelle Beziehung von den Interviewten als positiv oder negativ bewertet wird, sind aktuelle Gewaltvorkommnisse und zukünftige Gefährdungslagen eine relevante Größe. Bestimmen Konflikte sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart das Miteinander der Generationen, gibt es in den entsprechenden Familiensettings verbale Auseinandersetzungen und wechselseitige Vorwürfe. Ein steigender Pflegebedarf geht hier vermutlich mit einem erhöhten Gewaltrisiko einher.

Aus dem Datenmaterial lässt sich allerdings nicht ableiten, dass eines der erwachsenen Kinder absichtsvoll und situationsübergreifend gewalttätige Handlungen bzw. Vernachlässigungen gegen die alten Eltern verübte. Nichtsdestotrotz sind mithilfe der qualitativen Interviews die vielen Graubereiche von Missbrauch und Vernachlässigung sichtbar geworden, so etwa die mitunter weitreichenden Vorgaben von pflegenden Kindern zur Alltagsstrukturierung. Wünschenswert wäre, dass an dieser Stelle weitere Arbeiten anknüpfen. Es würde sich bspw. lohnen, den in der praktischen Gewaltforschung wenig verbreiteten Ansatz der strukturellen Gewalt von GALTUNG (1975) auf die häusliche Pflege zu übertragen.

Insgesamt ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie induktiv gewonnen wurden. Sie können daher zunächst allein auf die zehn ausgewählten Pflegearrangements bezogen werden. Ein Rückschluss auf intergenerationale (Nicht-De-menz) Pflegebeziehungen im Allgemeinen ist nicht ohne weiteres möglich. Dennoch sind die Ergebnisse für die praktische Anwendung relevant. Mit dem abschließenden Kapitel wird das demonstriert.

9.2 Praktische Relevanz der Ergebnisse

Alljährlich wird am 15. Juni mit dem Internationalen Tag *World Elder Abuse Awareness Day* (WEAAD) weltweit auf das Thema *Gewalt gegen alte Menschen* aufmerksam gemacht. Denn davon sind nicht nur einzelne Personen betroffen, das belegen alle wissenschaftlichen nationalen und internationalen Forschungsarbeiten inklusive der vorliegenden. Vielmehr ist ein bedeutsamer Anteil älterer Menschen mit Formen von physischer oder psychischer Gewalt, finanzieller Ausbeutung oder Vernachlässigung konfrontiert. Das Risiko steigt, wenn der Hilfe-, Unterstützungs- und Pflegebedarf wegen gesundheitlicher Einschränkungen zunimmt. Vor dem Hintergrund der hiesigen demografischen Entwicklung verpflichtet dieses Wissen, geeignete Strategien zum Schutz alter, pflegebedürftiger Menschen zu konzipieren. Wichtige allgemeine Fragen in diesem Kontext lauten:

- Wie kann man zielgerichtet auf die Pflege einwirken, um die Situation für alle Beteiligten zu verbessern?
- Welchen vorbeugenden Wert haben die Entlastung pflegender Familienangehöriger und die Erhöhung ihrer Pflegekompetenzen?
- Schützt bei steigenden Anforderungen die Erschließung externer Hilfen wie Angebote der Tages-, Nacht- bzw. Kurzzeitpflege, Kombinationsleistungen ambulanter Pflegedienste oder Beratungen, z. B. durch Pflegestützpunkte, vor potenziellen Gewalthandlungen?

Im Falle eines Verdachtes, dass eine ältere, pflegebedürftige Person in der Häuslichkeit misshandelt oder vernachlässigt wird, gibt es in Deutschland keine klare Meldekette. Das bedeutet, es existiert kein bundesweit geltendes, standardisiertes Verfahren, wer mit wem Kontakt aufnehmen muss, um im Sinne der Betroffenen die Situation zu verbessern. Trotz einer Fülle an Akteuren wie z. B. den Pflegekassen, der Betreuungsbehörde, dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder den Pflegestützpunkten, die alle mit unterschiedlichsten Rechten ausgestattet sind, gibt es keine abgegrenzten Zuständigkeiten wie etwa bei der Kindeswohlgefährdung.¹⁰⁰

Gesetzlich normiert ist lediglich, dass alle Personen, die ausschließlich Geldleistungen erhalten, verpflichtet sind, regelmäßig in der häuslichen Umgebung Pflegeberatungseinsätze

¹⁰⁰ Inwieweit sich Instrumente zum Kindeswohlergehen übertragen lassen, muss weitergehend fachlich diskutiert werden. Welche Funktion dabei dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zukünftig zukommen sollte und ob sich im Gesundheitsdienstgesetz der Länder die Aufgabe des Schutzes älterer Menschen vor Gewalt in der Pflege rechtlich verankern lässt, bleibt abzuwarten.

nach § 37 Abs. 3 SGB XI wahrzunehmen. Bei Pflegestufe I und II geschieht dies jedes halbe Jahr, bei Pflegestufe III jedes Quartal. Leistungsberechtigte der Pflegestufe 0 können das Angebot freiwillig in Anspruch nehmen.

Diese Einsätze „dienen der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden“ (vgl. § 37 Abs. 3 SGB XI). Es wird das Ziel verfolgt, das häusliche Pflegesetting optimal zu unterstützen und dadurch langfristig zu stabilisieren. Zugleich sollen die wiederkehrenden Hausbesuche ermöglichen, Missständen in der häuslichen Versorgung vorzubeugen bzw. im Bedarfsfall Interventionen einzuleiten. Werden die Beratungseinsätze durch die pflegebedürftige Person verweigert, so hat die Pflegekasse unter Berücksichtigung des § 4 SGB XI das Recht, die Geldleistung zu kürzen oder im Wiederholungsfall komplett zu entziehen.

Bislang werden die Beratungseinsätze hauptsächlich von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste durchgeführt. Dabei kann der zeitliche Umfang der Einsätze stark variieren. Ebenso variieren die Inhalte der Beratung, denn eine genaue Festlegung über deren Ausgestaltung trifft die gesetzliche Norm bislang nicht.¹⁰¹ So reichen sie in der Praxis von einem bedarfsgerechten Pflegefachgespräch über ein Akquisegespräch zur Neukundengewinnung bis zum strikten Kontrollbesuch „mit erheblichem Konfliktpotenzial“ (SCHUMANN, TAMMEN-PARR, LÖHMANNSRÖBEN ET AL. 2011: 24).

Abhilfe könnte eine Standardisierung der Pflegeberatungseinsätze bringen. Doch bis heute konnte „kein Konsens zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern zu den Empfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI zur Qualitätssicherung der Beratungsbesuche (...) erzielt werden“ (BÜSCHER, HOLLE, EMMERT ET AL. 2010: 103). Eine Vereinheitlichung steht noch immer aus. Insoweit können keine bundesweit verlässlichen Aussagen darüber getroffen werden, wie häufig im Ergebnis des Beratungseinsatzes die häusliche Versorgung als nicht sichergestellt zu vermerken ist.

Nur für zwei Regionen in Nordrhein-Westfalen liegen Erkenntnisse vor. BÜSCHER, HOLLE, EMMERT ET AL. (2010) haben mehr als 5.400 Fragebögen zur Durchführung

¹⁰¹ Durch den Spitzenverband Bund der Krankenkasse (GKV) sowie den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) wird nur ein einheitliches Formular zur Einsatzdokumentation zur Verfügung gestellt. Das dient als Nachweis für den verpflichtenden Beratungseinsatz gegenüber der Pflegekasse. Das Formular hält zudem fest, welche Vorschläge zur Verbesserung der individuellen Pflegesituation gemacht worden. Für die Übermittlung dieser Informationen an die Pflegekasse braucht es allerdings die Zustimmung des Versicherten.

der Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI ausgewertet. Lediglich in sechs Fällen vermerkte der ambulante Pflegedienst, dass die aktuelle Situation nicht zur Sicherstellung der häuslichen Pflege beiträgt. Ein Resultat, dass allen wissenschaftlichen Erkenntnissen in diesem Themenfeld widerspricht und zeigt, dass die Beratungsbesuche ihren Auftrag bislang verfehlen.

Der Gesetzgeber hat darauf reagiert. Aktuell sieht der Entwurf der Bundesregierung eines *Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften* (zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vor, die Qualität der Beratung in der eigenen Häuslichkeit nachhaltig zu verbessern:

„Um die Weiterentwicklung der Beratung nach § 37 Absatz 3 bis 8 voranzutreiben, die Auswirkungen der gesetzlichen Neuregelungen zu beobachten und die nach § 37 Absatz 4 und auf andere Weise gewonnenen Erkenntnisse insbesondere über die Ergebnisse der Beratungseinsätze regelmäßig systematisch auszuwerten und wissenschaftlich aufbereiten zu lassen, wird nun eine Berichtspflicht auch zur Beratung in der eigenen Häuslichkeit nach § 37 Absatz 3 eingeführt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass ein wesentlicher Bestandteil des Berichts darin besteht, über die Wirkungen der Beratung in der eigenen Häuslichkeit Auskunft zu geben. Dies bezieht sich insbesondere auch darauf, zu ermitteln, ob und mit welchen Wirkungen Erkenntnisse und Hinweise aus den Beratungsbesuchen von den Beteiligten tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden.“ (BMG 2015: 96).

Einen wichtigen Baustein zur Verbesserung des Beratungsgespräches entwickelte bereits vor Jahren ein interdisziplinäres Expertenteam rund um die Berliner Beratungs- und Beschwerdestelle *Pflege in Not* sowie die Fachstelle für pflegende Angehörige. Der für den Beratungseinsatz entwickelte Leitfaden konzentriert sich nicht mehr nur auf pflegfachliche Aspekte, sondern beachtete auch die emotionale Dimension von Familienbeziehungen (vgl. SCHUMANN, TAMMEN-PARR, LÖHMANNSRÖBEN ET AL. 2011: 25). Explizit werden Fragen zur Beziehungsqualität zwischen der pflegenden und der gepflegten Person gestellt. So etwa ob seit Beginn der Pflege verstärkt Konflikte auftreten oder aggressive Gefühle zugenommen haben. Für den Fall, dass solche Fragen bejaht werden, können in der Beratung sofort Möglichkeiten der Entlastung wie etwa Gesprächsgruppen, Angebote der Selbsthilfe oder Pflegekurse aufgezeigt werden.

Zu einem flächendeckenden Einsatz des Beratungsleitfadens ist es bisher nicht gekommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Auch finanzielle Aspekte spielen eine Rolle. So werden für das qualifizierte Beratungsgespräch etwa 40 bis 60 Minuten benötigt. Eine angemessene Vergütung der Pflegefachgespräche wäre dafür notwendig. Doch derzeit werden die Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI pauschal entlohnt: 22 Euro für Pflegestufe I und II bzw. 32 Euro für Pflegestufe III. Eine Erhöhung der Vergütung um jeweils einen Euro ist

vorgesehen. Damit lassen sich die anfallenden Sach- und Personalkosten jedoch nicht abdecken.

Zukünftig könnten die Kommunen beim Thema Gewalt gegen alte, pflegebedürftige Menschen eine Schlüsselposition einnehmen.¹⁰² Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Bestrebungen, die Kommunen beim Thema Pflege zu stärken und deren Steuerungsmöglichkeiten bzw. Entscheidungskompetenzen auszubauen. Bisher beschränkt sich ihre Rolle, in Abhängigkeit von den jeweils geltenden Landespflegegesetzen, mehrheitlich auf koordinierende bzw. moderierende Tätigkeiten, z. B. in Form von regionalen Pflegekonferenzen.

Eine Forderung des DEUTSCHEN STÄDTETAGES (2015) lautet, dass die Kommunen stärker in die Beratung pflegebedürftiger Menschen zu involvieren sind. Diese könnten als „anerkannte Beratungsstelle mit nachgewiesener pflegefachlicher Kompetenz“ auftreten (ebd.). Ein Vorschlag, der auch im Gesamtpapier einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege zu finden ist (vgl. BMG 2015: 10).

Damit ist die Hoffnung verbunden, die für pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige wichtigen Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI unabhängig durch die Kommunen zu gewährleisten. Denn diese unterliegen keinen Interessenkonflikten, weil sie in der Regel nicht als Leistungsanbieter auf dem Pflegemarkt agieren. So könnten frühzeitig Mängel bzw. Defizite in den Pflegehaushalten identifiziert und alte Menschen vor Gewalt geschützt werden.

¹⁰² Der MDS führt bis Ende 2015 das Projekt *Gewaltfreie Pflege* durch. Das Ziel ist, in den vier Modellkommunen Dortmund, Stuttgart, Potsdam und dem Landkreis Fulda systematische Präventionsansätze zu erarbeiten und umzusetzen. Das sind Handlungspläne auf kommunaler Ebene zum Schutz alter Menschen in der pflegerischen Langzeitversorgung (vgl. MDS 2015).

10 Literaturverzeichnis

- ABOLFATHI MOMTAZ, Y., HAMID, T. A. & IBRAHIM, R. (2013). Theories and measures of elder abuse. *Psychogeriatrics*, 13(3), 182-188.
- ACIERNO, R., HERNANDEZ, M. A, AMSTADTER, A. B., RESNICK, H. S., STEVE, K., MUZZ, W. & KILPATRICK, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health*, 100, 292-297.
- AICHELE, V. & SCHNEIDER, J. (2006). Soziale Menschenrechte älterer Personen in Pflege. Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.). Berlin.
- AHMAD, M. & LACHS, M. S. (2002). Elder abuse and neglect. What physicians can and should do. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 69(10), 801-807.
- ANETZBERGER, G. J. (2012). An update on the nature and scope of elder abuse. *Journal of the American Society on Aging*, 36(3), S. 12-20.
- ANETZBERGER, G. J., KORBIN, J. E. & AUSTIN, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2), 184-193.
- AMTSBLATT DER EUROPÄISCHEN UNION (Ableu). Stellungnahme des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses vom 16. Februar 2008 zum Thema „Misshandlung alter Menschen“ Nr. C 44/24, S. 109-114.
- BALTES, P. B. & SMITH, J. (2002). New frontiers in the future of aging: Keynote für das Valencia Forum, April 2002. Verfügbar unter http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDEFile/13120.PDF?Archive=193686891186&File=13120_PDF [19.09.2015].
- BANDURA, A. (1973). *Aggression a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- BARGFREDE, A., MEY, G. & MRUCK, K. (2009). Standortunabhängige Forschungsbegleitung: Konzept und Praxis der NetzWerkstatt. In: N. APOSTOLOPOULOS, H. HOFFMANN, V. MANSMANN & A. SCHWILL (Hrsg.). *E-Learning. Lernen im digitalen Zeitalter* (S. 51-60). Münster; New York, München, Berlin: Waxmann Verlag GmbH.

- BAUER, R. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in der familialen Pflege: Eine Befragung pflegender Angehöriger. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Braunschweig: Technische Universität Carolo-Wilhelmina zu Braunschweig.
- BEACH, S. R., SCHULZ, R., WILLIAMSON, G. M., MILLER, L. S., WEINER, M. F. & LANCE, C. E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(2), 255-261.
- BENGTSON, V. L. & ROBERTS, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53(4), 856.
- BENGTSON, V. L., ROSENTHAL, C. & BURTON, L. (1996). Paradoxes of families and aging. In: R. H. BINSTOCK & L. K. GEORGE (Hrsg.). *Handbook of aging and the social sciences* (S. 253-282). San Diego: Academic Press.
- BENGTSON, V. L. & SCHRADER, S. (1982). Parent-child relations. In: D. MANGEN & W. A. PETERSON (Hrsg.). *Research instruments in social gerontology* (S. 115-186). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- BERGSTERMANN, A. & CARELL, A. (1998). Gewalt und Zwang in der familiären Pflege. In: B. DE VRIES & K. TELAAR (Hrsg.). *Gewalt im höheren Lebensalter* (S. 170-207). Castrop-Rauxel: Fachverlag Dr. Johannes Plümpe.
- BIGGS, S. & GOERGEN, T. (2010). Theoretical development in elder abuse and neglect. *Ageing International*, 35(3), 167-170.
- BIGGS, S., MANTHORPE, J., TINKER, A., DOYLE, M. & ERENS, B. (2009). Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first National Prevalence Study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 1-14.
- BLEULER, E. (1914). Die Ambivalenz. In: Universität Zürich (Hrsg.). *Festgabe zur Einweihung der Neubauten der Universität Zürich 18. IV. 1914* (S. 94-106). Zürich: Schultheiss & Co.
- BLINKERT, B. & KLIE, T. (2004). Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Hannover: Vincentz Network.
- BMFSFJ (2010): Altersbilder in der Gesellschaft: Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

- BMFSFJ (2002). Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ (2001). Alter und Gesellschaft. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BMFSFJ & BMG (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter https://www.pflege-charta.de/fileadmin/charta/pdf/140603_-_Aktive_PDF_-_Charta.pdf [19.09.2015].
- BMG (2015). Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege. Verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf> [19.09.2015].
- BMG (2011). Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BÖHMER, S. (2000). Generationenambivalenzen operationalisieren: Grundmuster der Beziehungen zwischen Eltern und ihren erwachsenen Kindern (Arbeitspapier Nr. 34.2., Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“) Universität Konstanz.
- BÖTTGER, A. & STROBL, R. (2002). Möglichkeiten und Grenzen qualitativer Erhebungs- und Auswertungsverfahren in der Gewaltforschung. In: W. HEITMEYER & J. HAGAN (Hrsg.). Internationales Handbuch der Gewaltforschung (S. 1483-1502). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BOHNSACK, R., MAROTZKI, W. & MEUSER, M. (2003). Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung: Ein Wörterbuch. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- BONILLO, M., HEIDENBLUT, S., PHILIPP-METZEN, H. E., SAXL, S., SCHACKE, C., STEINHUSEN, C., WILHELM, I. & ZANK, S. (2013). Gewalt in der familialen Pflege Prävention, Früherkennung, Intervention: Ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.

- BORSCHIED, P. (1994). Der alte Mensch in der Vergangenheit. In: P. B. BALTES, J. MITTELSTRASS & U. M. STAUDINGER (Hrsg.). Altern und Alter: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie (S. 35-61). Berlin: de Gruyter.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. & SPARK, G. M. (2013). Unsichtbare Bindungen. Die Dynamik familiärer System. Klett-Cotta.
- BRAUER, K. (2010). Ageism: Fakt oder Fiktion? In: K. BRAUER & W. CLEMENS (Hrsg.). Zu alt? „Ageism“ und Altersdiskriminierung auf Arbeitsmärkten (S. 21-60). Wiesbaden: VS Verlag.
- BÜRGERLICHES GESETZBUCH in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. April 2015 (BGBl. I S. 610) geändert worden ist.
- BÜSCHER, A., HOLLE, B., EMMERT, S. & FRINGER, A. (2010). Häusliche Pflegeberatung für Geldleistungsbezieher in der Pflegeversicherung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(2), 103-110.
- BÜSSING, A. & PERRAR, K. M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). Diagnostica, 38(4), 328-353.
- BURSTON, G. R. (1975). Granny battering. British Medical Journal, 3(5983), 592.
- BUTLER, R. N. (1969): Age-ism: another form of bigotry. The Gerontologist, 9(4 Part 1), 243-246.
- BUTTERWEGGE, C. (2005). Krise und Zukunft des Sozialstaates. Wiesbaden: VS Verlag.
- CHOKKANATHAN, S. & LEE, A. E. (2005). Elder mistreatment in urban India: A community based study. Journal of Elder Abuse & Neglect, 17(2), 45-61.
- COMIJS, H. C., POT, A. M., SMIT, J. H., BOUTER, L. M. & JONKER, C. (1998). Elder abuse in the community: Prevalence and consequences. Journal of the American Geriatrics Society, 46(7), 885-888.
- COMPTON, S. A., FLANAGAN, P. & GREGG, W. (1997). Elder abuse in people with dementia in Northern Ireland: Prevalence and predictors in cases referred to a psychiatry of old age service. International Journal of Geriatric Psychiatry, 12(6), 632-635.
- COYNE, A. C., REICHMAN, W. E. & BERBIG, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. American Journal of Psychiatry, 150(4), 643-646.

- COONEY, C., HOWARD, R. & LAWLOR, B. (2006). Abuse of vulnerable people with dementia by their carers: can we identify those most at risk? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(6), 564-571.
- COOPER, C., KATONA, C., FINNE-SOVERI, H., TOPINKOVÁ, E., CARPENTER, G. I. & LIVINGSTON, G. (2006). Indicators of elder abuse: A crossnational comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6), 489-497.
- COOPER, C., SELWOOD, A., BLANCHARD, M., WALKER, Z., BLIZARD, R. & LIVINGSTON, G. (2010). The determinants of family carers' abusive behaviour to people with dementia: Results of the CARD study. *Journal of Affective Disorders*, 121(1), 136-142.
- COOPER, C., SELWOOD, A., BLANCHARD, M., WALKER, Z., BLIZARD, R. & LIVINGSTON, G. (2009). Abuse of people with dementia by family carers: representative cross sectional survey. *British Medical Journal*, 338, b155.
- COOPER, C., SELWOOD, A. & LIVINGSTON, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160.
- COSER, R. L. (1966). Role distance, sociological ambivalence, and transitional status systems. *American Journal of Sociology*, 72(2), 173-187.
- DAATLAND, S. O., HERLOFSON, K. & MOTEL-KLINGEBIEL, A. (2002). Methoden und Perspektiven international vergleichender Alter(n)sforschung. In: A. MOTEL-KLINGEBIEL & U. KELLE (Hrsg.). *Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie* (S. 221-248). Opladen: Leske + Budrich.
- DAICHMAN, L. S., AGUAS, S. & SPENCER, C. (2010). Elder abuse. In: V. PATEL, A. WOODWARD, V. FEIGIN, S. R. QUAH & K. HEGGENHOUGEN (Hrsg.). *Mental and neurological public health. A global perspective* (S. 310-315). Elsevier: Academic Press.
- DALY, J. M., MERCHANT, M. L. & JOGERST, M. D. (2011). Elder abuse research: A systematic review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 23(4), 348-365.
- DAS ELFTE BUCH SOZIALGESETZBUCH – SOZIALE PFLEGEVERSICHERUNG – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das durch Artikel 8 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2462) geändert worden ist.

- DEIMLING, G. (1997). Gewaltbegriff. In: BMFSFJ (Hrsg.). Gewalt gegen Ältere zu Hause: Fachtagung 11. und 12. März 1996 (S. 27-33). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT (2014). Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Verfügbar unter https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf [19.09.2015].
- DEUTSCHER STÄDTETAG (2015). Rundschreiben N 4247 vom 10.06.2015 betr. Positionspapier des Deutschen Städtetages „Für eine echte Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege!“.
- DIECK, M. (1997). Der Begriff der Gewalt gegen ältere Menschen im familialen und häuslichen Kontext. In: BMFSFJ (Hrsg.). Gewalt gegen Ältere zu Hause: Fachtagung 11. und 12. März 1996 (S. 34-38). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- DIECK, M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext: Ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. Zeitschrift für Gerontologie, 20(5), 305-313.
- DIETRICH, W., LÜSCHER, K. & MÜLLER, C. (2009). Ambivalenzen erkennen, aushalten und gestalten: Eine neue interdisziplinäre Perspektive für theologisches und kirchliches Arbeiten. Zürich. Theologischer Verlag.
- DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (2008). Deutscher Alterssurvey (DEAS), 3. Welle: Dokumentation des Workshops „Kulturelle Vielfalt“, Berlin, 28. und 29. Juni 2007. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- DEUTSCHER BUNDESTAG (2013). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Sven-Christian Kindler, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/12166 – Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes. Drucksache 17/12330, vom 14.02.2013, Elektronische Vorabfassung. Verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/123/1712330.pdf> [19.09.2015].
- DEUTSCHER BUNDESTAG (2011). Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Wortprotokoll 46. Sitzung, Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf BT-Drucksache 17/6000 – Protokoll Nr. 17/46, vom 19.09.2011.

- DÖHNER, H., KOFAHL, C., LÜDECKE, D. & MNICH, E. (2008). Family care for older people in Germany. Results from the European Project EUROFAMCARE. Hamburg: LIT Verlag.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (2008). DISKUSSIONSPAPIER 1: Welchen Beitrag kann die EU leisten, um ein Altern in Würde zu fördern und Gewalt gegen ältere Menschen vorzubeugen? Generaldirektion Beschäftigung, soziale Angelegenheiten und Chancengleichheit, Sozialschutz und soziale Eingliederung. Verfügbar unter <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=3739&langId=de> [19.09.2015].
- FATTAH, E. A. & SACCO, V. F. (1989). Crime and victimization of the elderly. New York, Berlin, Heidelberg, London: Springer Verlag.
- FLICK, U. (2007). Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- FUSSEK, C. (1999). „Ich bin mit meiner Kraft am Ende – ... Ich kann nicht mehr!“: Gewalt in der häuslichen und stationären Pflege: von subtiler Mißachtung bis zu brutaler Mißhandlung. In: T. BRUNNER (Hrsg.). Gewalt im Alter. Formen und Ursachen lebenslagerspezifischer Gewaltpotentiale (S. 37-55.). Graftschafft: Vektor-Verlag.
- GALTUNG, J. (1993): Kulturelle Gewalt. In: Landeszentrale für politische Bildung BW (Hrsg.). Aggression und Gewalt (S. 52-73). Stuttgart: Kohlhammer.
- GALTUNG, J. (1975). Strukturelle Gewalt. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- GELLES, R. J. (1997). Intimate violence in families. Thousand Oaks, California: Sage Publication.
- GERLACH, A. (2008). Emotionale und fachliche Herausforderung: Gewalt und Vernachlässigung in der ambulanten Pflege aus Sicht von beruflich Pflegenden. Die Rotkreuzschwester, 3, 21-24.
- GÖRGEN, T. (2010). Sicherer Hafen oder gefahrvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- GÖRGEN, T. (2009). Viktimologie. In: H. L. KRÖBER, D. DÖLLING, N. LEYGRAF & H. SASS (Hrsg.) Handbuch der forensischen Psychiatrie, Band 4: Kriminologie und forensische Psychiatrie (S. 236-265). Darmstadt: Steinkopff.
- GÖRGEN, T. (2007). Erfahrungen psychischer Gewalt im höheren Lebensalter. In: Landeskommision Berlin gegen Gewalt (Hrsg.). Berliner Forum Gewaltprävention

- Nr. 29, Themenschwerpunkt: Psychische Gewalt (S. 118-133). Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport.
- GÖRGEN, T. (2004). A multi-method study on elder abuse in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6(3), 15-25.
- GÖRGEN, T., BAUER, R. & SCHRÖDER, M. (2010) Wenn Pflege in der Familie zum Risiko wird: Befunde einer schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger. In: T. GÖRGEN (Hrsg.). *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen* (S. 196-207). Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- GÖRGEN, T., GREVE, W., TESCH-RÖMER, C. & PFEIFFER, C. (2004). Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen. Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten (KFN-Forschungsbericht Nr. 94). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T., HERBST, S., KOTLENGA, S., NÄGELE, B. & RABOLD, S. (2012). Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- GÖRGEN, T., HERBST, S., & RABOLD, S. (2010) Untersuchungsansatz der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“. In T. GÖRGEN (Hrsg.). *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen* (S. 56-65). Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. (2006). Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege: Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“ (KFN-Forschungsbericht Nr. 98). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GRAFSTRÖM, M., NORBERG A. & HAGBERG B. (1993). Relationships between demented elderly people and their families: a follow-up study of caregivers who had previously reported abuse when caring for their spouses and parents. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1747-1757.

- GRASS, H., VALENTICH, G., ROTHSCHILD, M. A. & RITZ-TIMME, S. (2007). Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. Phänomenologie, Epidemiologie und Präventionsstrategien. *Rechtsmedizin*, 17(6), 367-371.
- GRONEMEYER, R. (1991). Die Entfernung vom Wolfsrudel: über den drohenden Krieg der Jungen gegen die Alten. Frankfurt a. M.: Fischer.
- HALSIG, N. (1995). Hauptpflegepersonen in der Familie: Eine Analyse ihrer situativen Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 8(4), 247-262.
- HIRSCH, R. D. (2006). Diskriminierung im Alltag älterer Menschen: Gesundheitswesen. In: KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (Hrsg.). Altersdiskriminierung - Alterspotenziale wie sieht der Alltag aus? Dokumentation der Veranstaltung am 12. Dezember 2005 im Maternushaus in Köln (S. 55-70). Köln: farbo print + media GmbH.
- HIRSCH, R. D. (2000). Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem. Verfügbar unter http://www.hsm-bonn.de/download/03_heim.pdf [04.02.2010].
- HIRSCH, R. D. (1999). Gewaltsituationen und deren Entstehung in der häuslichen Pflege. Verfügbar unter http://www.hsm-bonn.de/download/02_haus.pdf [19.04.2010].
- HIRSCH, R. D. (1997). Aggression und Gewalt. In: H. P. J. BUIJSSEN & R. D. HIRSCH (Hrsg.). Probleme im Alter. Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention (S. 1-10). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- HIRSCH, R. D. & BRENDEBACH, C. (1999). Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der „Bonner HsM-Studie“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32(6), 449-455.
- HÖRL, J. (2003). Alter und Gewalt. In: L. ROSENMAYR & F. BÖHMER (Hrsg.), Hoffnung Alter: Forschung, Theorie, Praxis (S. 273-300). Wien: WUV Universitätsverlag.
- HÖRL, J. & SCHIMANY, P. (2004). Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen in der Familie: Ein Zukunftsthema für die Generationenbeziehungen? *Zeitschrift für Familienforschung*, 15(2), 194-215.
- HÖRL, J. & SPANNRING, R. (2001). Gewalt gegen alte Menschen. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN (Hrsg.). Gewalt in der Familie: Gewaltbericht 2001: Von der

- Enttabuisierung zur Professionalisierung (S. 305-344). Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- HOFFMANN, E. & NACHTMANN, J. (2010). Old age, the need of long-term care and healthy life expectancy. In: G. DOBLHAMMER & R. SCHOLZ (Hrsg.). Ageing, care need and quality of life: The perspective of care givers and people in need of care (S. 163-176). Wiesbaden: VS Research.
- HOFFMANN, E. & NACHTMANN, J. (2007). Alter und Pflege: GeroStat Report Altersdaten 03. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Verfügbar unter http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_3_2007.pdf [19.09.2015].
- HOMANS, G. C. (1972). Elementarformen sozialen Verhaltens. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HOMER, A. C. & GILLEARD, C. (1990). Abuse of elderly by their carers. *British Medical Journal*, 301(6765), 1359-1362.
- HOSSER, D. & GREVE, W. (1999). Gefängnis und die Folgen: Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe. (KFN-Forschungsberichte, Nr. 77.), Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- HUGHES, M. (1997). "That triggers me right off": Factors influencing abuse and violence in older people's care-giving relationships. *Australian Journal on Ageing*, 16(2), 53-60.
- HUSSY, W., SCHREIER, M. & ECHTERHOFF, G. (2013). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Berlin, Heidelberg: Springer.
- ILLHARDT, F. J. (1995). Ageism im Umgang mit alten Menschen und seine Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 8(1-2), 9-16.
- IMBUSCH, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In: W. HEITMEYER & J. HAGAN (Hrsg.). Internationales Handbuch der Gewaltforschung (S. 26-57). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH (2009). Pflege in Deutschland: Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation: Ergebnisse einer

- Repräsentativbefragung im Auftrag der Marseille-Kliniken AG. Verfügbar unter <http://www.marseille-kliniken.de/pdf/presse/Allensbach-Studie.pdf> [19.09.2015].
- JOHANNESSEN, M. & LOGIUDICE, D. (2013). Elder abuse: A systematic review of risk factors in community-dwelling elders. *Age Ageing*, 42(3), 292-298.
- JOPP, D. S., ROTI, C., BOERNER, K., BOCH, K. & KRUSE, A. (2013): Zweite Heidelberger Hundertjährigen-Studie: Herausforderungen und Stärken des Lebens mit 100 Jahren. Studie in der Reihe „Alter und Demographie“. Robert Bosch Stiftung.
- KAPELLA, O. & CIZEK, B. (2001). Definition von Gewalt. In: BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALE SICHERHEIT UND GENERATIONEN (Hrsg.). *Gewalt in der Familie: Gewaltbericht 2001: Von der Enttabuisierung zur Professionalisierung* (S. 16-19). Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- KIVELÄ, S. L., KÖNGÄS-SAVIARO, P., KESTI, E., PAHKALA, K. & IJAS, M. L. (1992). Abuse in old age: Epidemiological data from Finland. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(3), 1-18.
- KLIE, T. (2012). Pflegeversicherung. In: H.-W. WAHL, C. TESCH-RÖMER & J. P. ZIEGELMANN (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen* (S. 148-153). Stuttgart: Kohlhammer.
- KLUGE, S. (1999). Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung. Opladen: Leske + Budrich.
- KOCH-STRAUBE, U. (1995). Die stille Angst vor dem Tag X: Wenn in der Familie Pflegeabhängigkeit droht. *Forum Sozialstation*, 19(75), 50-54.
- KOFAHL, C. (2008). Motive von Angehörigen, ihre älteren Familienmitglieder zu betreuen: Ergebnisse aus dem europäischen Forschungsprojekt EUROFAMCARE. In: A. HEDTKE-BECKER & S. ZANK (Hrsg.) *Europäische Perspektiven für Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel* (S. 130-145). Stuttgart: Kohlhammer.
- KREUZER, A. (1997). Gewalt gegen Ältere zu Hause: Einführung in die Thematik. In: BMFSFJ (Hrsg.). *Gewalt gegen Ältere zu Hause: Fachtagung 11. und 12. März 1996* (S. 9-26). Bonn: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- KROMREY, H. (2006). Empirische Sozialforschung: Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung. Stuttgart: UTB.

- KRUSE., J. (2015). Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz. Weinheim: Beltz Juventa.
- KUCKARTZ, U. (2014). Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer VS.
- KUCKARTZ, U. (2014b). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- KUHLMANN, A. & NAEGELE, G. (2008). Gewalt gegen ältere Menschen – (k)ein Thema? Empirische Befunde und gegenwärtiger Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland. Sozialer Fortschritt, 57(7-8), 182-191.
- KUHLMEY, A. (2002): Pflegerische Versorgung. In: F. W. SCHWARTZ, B. BADURA, R. BUSSE, R. LEIDL, H. RASPE, J. SIEGRIST & U. WALTER (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 297- 303). München, Jena: Urban & Fischer.
- KÜHN, K. & PORST, R. (1999). Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten. Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen (ZUMA-Arbeitsbericht 99/03). Mannheim: ZUMA.
- LAZARUS, R. S. & FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- LASLETT, P. (1995). Das Dritte Alter: Historische Soziologie des Alterns. Weinheim, München: Juventa Verlag.
- LACHS, M. S. & PILLEMER, K. (2004). Elder abuse. The Lancet, 364, 1263-1272.
- LAMNEK, S. & KRELL, C. (2010). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Mit Online-Materialien. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- LEE, M. (2008). Caregiver stress and elder abuse among korean family caregivers of older adults with disabilities. Journal of Family Violence, 23(8), 707-712.
- LETTKE, F. (2002). Pflegen wollen, sollen, müssen oder dürfen? Zur Ambivalenz von Generationenbeziehungen im Alter. In: A. MOTEL-KLINGEBIEL, H.-J. V. KONDRATOWITZ & C. TESCH-RÖMER (Hrsg.). Lebensqualität im Alter (S. 71-94). Opladen: Leske+Budrich.
- LETTKE, F. & LÜSCHER, K. (2001). Wie ambivalent „sind“ familiäre Generationenbeziehungen? In: J. ALLMENDINGER (Hrsg.). Gute Gesellschaft?

- Verhandlungen des 30. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Köln 2000 (S. 519-540). Opladen: Leske+Budrich.
- LÖBMANN, R. & HERBERS, K. (2005). Mit BISS gegen häusliche Gewalt. Evaluation des Modellprojekts „Beratungs- und Interventionsstellen (BISS) für Opfer häuslicher Gewalt“ in Niedersachsen. Baden-Baden: Nomos.
- LOWENSTEIN, A. (2010). Caregiving and elder abuse and neglect – developing a new conceptual perspective. *Ageing International*, 35(3), 215-227.
- LOWENSTEIN, A., EISIKOVITS, Z., BAND-WINTERSTEIN, T. & ENOSH G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(3), 253-277.
- LOWENSTEIN, A. & OGG, J. (2003). OASIS – old Age and autonomy: The role of service systems and intergenerational family solidarity. Final report. Haifa: Israel University of Haifa, Center for Research and Study of Aging.
- LÜSCHER, K. (2005): Looking at ambivalences. The contribution of a “new-old” view of intergenerational relations to the study of the life course. In: R. LEVY, P. GHISLETTA, J.-M. LE GOFF, D. SPINI & E. WIDMER. *Towards an interdisciplinary perspective on the life course* (S. 95-131). London: Elsevier.
- LÜSCHER, K. (2002): Intergenerational ambivalence. Further steps in theory and research. *Journal of Marriage and Family*, 64(3), 585-593.
- LÜSCHER, K. (2000): Die Ambivalenz von Generationenbeziehungen: Eine allgemeine heuristische Hypothese. In: M. KOHLI & M. SZYDLIK (Hrsg.). *Generationen in Familie und Gesellschaft* (S. 138-161). Opladen: Leske+Budrich.
- LÜSCHER, K. & LIEGLE, L. (2003): *Generationenbeziehungen in Familie und Gesellschaft*. Konstanz: UVK Universitätsverlag.
- LÜSCHER, K., PAJUNG-BILGER, B., LETTKE, F. & BÖHMER, S. (2000): *Generationenambivalenzen operationalisieren: Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen* (Arbeitspapier Nr. 34.1, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“) Universität Konstanz.
- LÜSCHER, K. & PAJUNG-BILGER, B. (1998). *Forcierte Ambivalenzen: Ehescheidung als Herausforderung an die Generationenbeziehungen unter Erwachsenen*. Konstanz: UVK Universitätsverlag.

- LÜSCHER, K. & PILLEMER, K. (1996). Die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen: Konzeptuelle Überlegungen zu einem aktuellen Thema der familienwissenschaftlichen Forschung (Arbeitspapier Nr. 22, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie“). Konstanz: Universität Konstanz.
- MALY, N. (2001). Töchter, die ihre Mütter pflegen: eine Analyse ihrer Lebenssituation. Münster, Hamburg [u. a.]: LIT Verlag.
- MARMOLEJO, I. I. (2008). Elder abuse in the family in Spain. Verfügbar unter http://www.inpea.net/images/Spain_Report_2008_Elder.pdf [19.09.2015].
- MASLACH, C., JACKSON, S. E. & LEITER, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MAYRING, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- MAYRING, P. & BRUNNER, E. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In: B. FRIEBERTSHÄUSER, A. LANGER & A. PRENGEL (Hrsg.). Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (S. 323-333). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- MDS (2015). Welttag gegen Misshandlung älterer Menschen 15. Juni – MDS: Vorbeugung kann vor Gewalt in der Pflege schützen. Verfügbar unter <https://www.mds-ev.de/presse/pressemitteilungen/2015/2015-06-12.html> [19.09.2015].
- MDS (2012). Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2011. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
- MDS (2012b). Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen in Europa. Rahmenempfehlungen zur Entwicklung eines Monitoring-Systems. Ergebnisse des MILCEA-Projekts. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
- MDS (2003). Pflegebericht des Medizinischen Dienstes: Berichtszeitraum 2001/2002. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.
- MENNING, S. & HOFFMANN, E. (2009). Die Babyboomer: Ein demografisches Porträt. GeroStat Report Altersdaten 02. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Verfügbar unter

- http://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_2_2009.pdf [19.09.2015].
- MERTON, R. K. & BARBER, E. (1963). Sociological ambivalence. In A. TIRYAKIAN (Hrsg.). *Sociological theory: Values and sociocultural change* (S. 91-120). New York: Free Press.
- MEYER, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland: Ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen*. Münster: LIT Verlag.
- MÖWISCH, A., RUSER, C. & VON SCHWANENFLÜGEL, M. (2008). *Pflegereform 2008: Änderungen und Verbesserungen für Pflegebedürftige und Leistungserbringer*. Heidelberg: C.F. Müller.
- MOHL, H. (1993). *Die Altersexplosion: Droht uns ein Krieg der Generationen?* Stuttgart: Kreuz-Verlag.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A. (2006) Materielle Lagen älterer Menschen: Verteilung und Dynamiken in der zweiten Lebenshälfte. In: C. TESCH-RÖMER, H. ENGSTLER & S. WURM (Hrsg.). *Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 155-230). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- MÜLLER, R., UNGER, R., & ROTHGANG, H. (2010). Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden: Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? Soziale Sicherheit. *Zeitschrift für Arbeit und Soziales*, 59(6-7), 230-237.
- MURTAGH, K. N. & HUBERT, H. B. (2004). Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1406-1411.
- NÄGELE, B., KOTLENGA, S., GÖRGEN, T. & LEYKUM, B. (2010) Ambivalente Nähe: eine qualitative Interviewstudie zur Viktimisierung Pflegebedürftiger in häuslichen Pflegearrangements. In: T. GÖRGEN (Hrsg.). *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen* (S. 208-480). Frankfurt a.M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- NAEGELE, G. & REICHERT, M. (1998). *Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege: Nationale und internationale Perspektiven. Band II*. Hannover: Vincentz.
- NATIONAL CENTER ON ELDER ABUSE (1999). *Types of elder abuse in domestic settings*. Washington, DC: National Center on Elder Abuse. Verfügbar unter

- <https://ncea.acl.gov/resources/docs/archive/FactSheet-Types-EA-Domestic-Setting-1999.pdf> [19.09.2015].
- NAUGHTON, C., DRENNAN, J., LYONS, I., LAFFERTY, A., TREACY, M., PHELAN, A., O'LOUGHLIN, A. & DELANEY, L. (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: Results from a national prevalence survey. *Age and Ageing*, 41(1), 98-103.
- NORBERG, A. & SAVEMAN, B.-I. (1996). Worüber keiner spricht. Der Mißbrauch alter Menschen in den eigenen vier Wänden. *Altenpflege Forum*, 4(2), 84-93.
- OH, J., KIM, H. S., MARTINS, D. & KIM, H. (2006). A study of elder abuse in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 203-214.
- PASLACK, K. A. (2008). 10 Jahre Pflegeversicherung und ambulante pflegerische Versorgung: 1995 – 2005; Entwicklung und Perspektiven. Marburg: Tectum-Verlag.
- PAVEZA, G. J., COHEN, D., EISDORFER, C. FREELS, S., SEMLA, T., ASHFORD, J. W., GORELICK, P., HIRSCHMAN, R., LUCHINS, D. & LEVY, P. (1992). Severe family violence and Alzheimer's disease: Prevalence and risk factors. *The Gerontologist*, 32(4), 493-497.
- PEREL-LEVIN, S. (2008). Discussing screening for elder abuse at primary health care level. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- PERRIG-CHIELLO, P. & HÖPFLINGER, F. (2012). Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Bern: Verlag Hans Huber.
- PETZOLD, H. (1990). Die Krankheit der Inhumanität. Über die Entstehung und Vermeidung von Gewalt gegenüber alten Menschen im Heim (Teil I). *Altenpflege*, 15(9), 498-504.
- PFLEGE-VERSICHERUNGSGESETZ vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 2797), das zuletzt durch Artikel 3 Absatz 6 des Gesetzes vom 29. Juni 2015 (BGBl. I S. 1061) geändert worden ist.
- PILLEMER, K. (1985). The dangers of dependency: New findings on domestic violence against the elderly. *Social Problems*, 33(2), 146-158.
- PILLEMER, K. & FINKELHOR, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- PILLEMER, K. & MÜLLER-JOHNSON, K. (2007). Generationenambivalenzen: Ein neuer Zugang zur Erforschung familialer Generationenbeziehungen. In: F.

- LETTKE & A. LANGE (Hrsg.). Generationen und Familien (S. 130-157). Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.
- PILLEMER, K. & SUITOR, J. J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 47(4), 165-172.
- PINQUART, M. & SÖRENSEN, S. (2005). Belastungen pflegender Angehöriger: Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In: U. OTTO & P. BAUER (Hrsg.). *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band I: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (S. 617-637). Tübingen: dgvt-Verlag.
- PODNIIEKS, E. (1992). National survey on abuse of the elderly in Canada. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 4(1-2), 5-58.
- POT, A. M., VAN DYCK, R., JONKER, C. & DEEG, D. J. H. (1996). Verbal and physical aggression against demented elderly by informal caregivers in The Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 31(3-4), 156-162.
- RABOLD, S. (2006). *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: Eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste*, Technische Universität Dresden. Magisterarbeit.
- RABOLD, S. & GOERGEN, T. (2013). Abuse and neglect of older care recipients in domestic settings – Results of a survey among nursing staff of home care services in Hanover (Germany). *Journal of Adult Protection*, 15(3), 127-140.
- RABOLD, S. & GÖRGEN, T. (2007). Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: Ergebnisse einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(5), 366-374.
- REAY, A. M. & BROWNE, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & Mental Health*, 5(1), 56-62.
- ROBERTS, R. E. L., RICHARDS, L. N. & BENGTON, V. L. (1991). Intergenerational solidarity in families: Untangling the ties that bind. In: S. K. PFEIFER & M. B. SUSSMAN (Hrsg.). *Families: Intergenerational and generational connections* (S. 11-46). Binghamton, NY: Haworth Press.
- RÖTTGER-LIEPMANN, B. (2007). *Pflegebedürftigkeit im Alter: Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

- ROSENKRANZ, D. & SCHNEIDER, N. F. (1997). Wer pflegt morgen: Auswirkungen des Wandels der privaten Lebensführung auf die häusliche Pflege. In: R. BECKER (Hrsg.). Generationen und sozialer Wandel (S. 137-155). Opladen: VS Verlag.
- ROTHERMUND, K. & MAYER, A.-K. (2009). Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze. Stuttgart: Kohlhammer.
- ROTHGANG, H., MÜLLER, R. & UNGER, R. (2013). BARMER GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 23, Siegburg: Asgard.
- SADLER, P., KURRLE, S. & CAMERON, I. (1995). Dementia and elder abuse. Australian Journal on Ageing, 14(1), 36-40.
- SALOMON, J. (2005). Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung: Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- SAVEMAN, B. I., HALLBERG, I. R. & NORBERG, A. (1996). Narratives by district nurses about elder abuse within families. Clinical Nursing Research, 5(2), 220–236.
- SCHEMPP, N., BRUCKER, U. & KIMMEL, A. (2012). Monitoring in long-term care – Pilot project on elder abuse. MILCEA. Progress Report. Verfügbar unter http://www.milcea.eu/pdf/120712_final_report_milcea.pdf [19.09.2015].
- SCHIAMBERG, L. & GANS, D. (2000). Elder abuse by adult children: An applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. International Journal of Aging & Human Development, 50(4), 329-359.
- SCHIRRMACHER, F. (2004). Das Methusalem-Komplott. München: Blessing.
- SCHMIDT, R. & GRÄSSEL, E. (2012). Belastungsaspekte pflegender Angehöriger. In: R. SCHMIDT, H. THIELE & G. LEIBIG (Hrsg.). Pflege in der Rehabilitation: Medizinische Rehabilitation und Pflegeinterventionen (S. 285-290), Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEEKLOTH, U. (2008). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten: Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. SCHNEEKLOTH & H.-W. WAHL (Hrsg.). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote (S. 55-102). Stuttgart: Kohlhammer.

- SCHNEEKLOTH, U. & MÜLLER, U. (2000). Wirkungen der Pflegeversicherung: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos.
- SCHNEEKLOTH, U. & POTTHOFF, P. (1993). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren (Bd. 20.2 - Schriftenreihe des BMFuS). Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEEKLOTH, U. & WAHL, H.-W. (2008). Ergebnisse, Trends und Perspektiven im Zusammenhang. In: U. SCHNEEKLOTH & H.-W. WAHL (Hrsg.). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote (S. 227-242). Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEEKLOTH, U. & WAHL, H.-W. (2008b). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart: Kohlhammer.
- SCHNEPP, W. (2002). Angehörige pflegen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- SCHREIER, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten [59 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 15(1), Art. 18, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185> [19.09.2015].
- SCHREIER, M. (2012): Qualitative Content Analysis in Practice. Los Angeles, London: Sage Publications.
- SCHÜTZE, Y. (1988): Zur Veränderung im Eltern-Kind-Verhältnis seit der Nachkriegszeit. In: R. NAVE-HERZ (Hrsg.). Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland (S. 95-114). Stuttgart: Enke.
- SCHULZ-NIESWANDT, F. (2006). Sorgearbeit, Geschlechterordnung und Altenpflegeregime in Europa. Münster: LIT-Verlag.
- SCHULZ, R. & BEACH, R. S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. Journal of the American Medical Association, 282(23), 2215-2219.

- SCHULZE, E. & DREWES, J. (2004). Die gesundheitliche Situation von Pflegenden in der Bundesrepublik Deutschland: Eine Auswertung des Lebenserwartungssurveys des BIB. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 102d. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung.
- SCHUMANN, F., TAMMEN-PARR, G., LÖHMANNSRÖBEN, H. & JAROSCH, R. A. (2011). Pflegeberatung ist Vertrauenssache. Heilberufe, 63(2), 24-25.
- SCHWIND, H. D. (1998). Zu Akzeptanz und Umsetzungsstand der Vorschläge der (Anti-) Gewaltkommission der Bundesregierung: Ein Überblick auf dem exemplarischen Wege. In: H. D. SCHWIND, E. KUBE & K.-H. KÜHNE (Hrsg.). Kriminologie an der Schwelle zum 21. Jahrhundert: Festschrift für Hans Joachim Schneider zum 70. Geburtstag am 14. November 1998 (S. 813-846) Berlin, New York: de Gruyter.
- SCHWIND, H. D., BAUMANN, J., SCHNEIDER, U. & WINTER, M. (1990). Gewalt in der Bundesrepublik Deutschland: Endgutachten der Unabhängigen Regierungskommission zur Verhinderung und Bekämpfung von Gewalt (Gewaltkommission). Band I: Endgutachten und Zwischengutachten der Arbeitsgruppen. Berlin: Duncker & Humblot.
- SHEIKH, J. I., & YESAVAGE, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. In: T. L. BRINK (Hrsg.). Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention (S. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.
- SIEMENS-BETRIEBSKRANKENKASSE (2011). Analyse zur Situation pflegender Angehöriger. Verfügbar unter https://www.sbk.org/fileadmin/user_upload/SBK_Daten_Fakten_Analyse_pfl._Angehoeerige.pdf [19.09.2015]
- SOMMER, G. & FYDRICH, T. (1989). Soziale Unterstützung Diagnostik, Konzepte, F-SOZU. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- SOWARKA, D., AU, C. & FLASCHA, M. (2004). Männer in der häuslichen Pflege älterer Angehöriger. Informationsdienst Altersfragen, 31, 5-8.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015). Bevölkerung Deutschlands bis 2060: 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2015b). Pflegestatistik 2013: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- STATISTISCHES BUNDESAMT (2013). Pflegestatistik 2011: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2012). Statistik der Sozialhilfe: Hilfe zur Pflege 2009. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2011). Pflegestatistik 2009: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2010). Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2008). Pflegestatistik 2007: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2007). Pflegestatistik 2005: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2005). Pflegestatistik 2003: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003). Pflegestatistik 2001: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2001). Kurzbericht: Pflegestatistik 1999: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse. Bonn: Statistisches Bundesamt.
- STEINHAGEN-THIESSEN, E. & BORCHELT, M. (1999). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: K. U. MAYER & P. B. BALTES (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie (S. 151-184). Berlin: Akademie Verlag.
- STEINMETZ, S. K. (1988). Duty bound elder abuse and family care. Beverly Hills: Sage Publication.
- STRAUS, M. A. & DOUGLAS, E. M. (2004). A short form of the revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507-520.
- STRAUS, M. A., HAMBY, S. L., BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.

- STRÜNCK, C. (2000). Pflegeversicherung-Barmherzigkeit mit beschränkter Haftung: institutioneller Wandel, Machtbeziehungen und organisatorische Anpassungsprozesse. Opladen: Leske+Budrich.
- SULMANN, D. (2011). Ziele, Umsetzung und Wirkung der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44(1), 39-47.
- TATARA, T., BLUMERMAN KUZMESKUS, L., DUCKHORN, E. & BIVENS, L. (1998). The national elder abuse incidence study. Final report. Verfügbar unter http://aoa.gov/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf [19.09.2015].
- TESCH-RÖMER, C. (2010). Soziale Beziehungen alter Menschen. Stuttgart: Kohlhammer.
- TESCH-RÖMER, C., MOTEL, A. & KONDRATOWITZ, H.-J. V. (2002). Autonomie, Wohlbefinden und intergenerationelle Solidarität im Alter. In: H. J. KAISER (Hrsg.). Autonomie und Kompetenz: Aspekte einer gerontologischen Herausforderung (S. 197-212). Münster: LIT-Verlag.
- VERBRUGGE, L. M. (1982). Sex differentials in health. Public Health Report, 97(5), 417-437.
- WAHL, K. (2009). Aggression und Gewalt: Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- WAHL, H.-W. & SCHNEEKLOTH, U. (2008). Hintergrund und Positionierung des Projekts MuG III. In: U. SCHNEEKLOTH & H.-W. WAHL (Hrsg.). Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote (S. 13-54). Stuttgart: Kohlhammer.
- WEBER, M. (1995). Die „Objektivität“ sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. Schutterwald/Baden: Wissenschaftlicher Verlag.
- WETZELS, P. & GREVE, W. (1996). Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29(3), 191-200.
- WHITTAKER, T. (1995). Violence, gender and elder abuse: Towards a feminist analysis and practice. Journal of Gender Studies, 4(1), 35-45.

- WHO (2011). European report on preventing elder maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf [19.09.2015].
- WHO (2002). Toronto Declaration on the global prevention of elderly abuse. Verfügbar unter http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf [19.09.2015].
- WILLIAMSON, G. M. & SHAFFER, D. R. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. *Psychology and Aging*, 16(2), 217-226.
- WITZEL, A. (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22, Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [19.09.2015].
- WITZEL, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: G. JÜTTEMANN (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-256). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- WITZEL, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- WOLF, R. S., GODKIN, M. A. & PILLEMER, K. A. (1986). Maltreatment of the elderly: A comparative analysis. *Pride Institute Journal of Long Term Home Health Care*, 5(4), 10-17.
- WURM, S. & TESCH-RÖMER, C. (2006): Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In: C. TESCH-RÖMER, H. ENGSTLER & S. WURM (Hrsg.). *Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329-383). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- YAN, E. & TANG, D. C. (2004). Elder abuse by caregivers: A study of prevalence and risk factors in Hong Kong Chinese families. *Journal of Family Violence*, 19(5), 269-277.
- ZANK, S., SCHACKE, C. & LEIPOLD, B. (2007). Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER): Ergebnisse der Evaluation von Entlastungsangeboten. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 20(4), 239-255.

-
- ZEMAN, P. (2000) *Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege*. Regensburg: Transfer-Verlag.
- ZEMAN, P. (2002). Häusliches Altenpflegearrangement Mikropolitik und Vertrauen. In: T. KLIE, A. BUHL, H. ENTZIAN & R. SCHMIDT (Hrsg.). *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen: Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf* (S. 153-174). Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag.
- ZQP (2015). *Gewaltprävention in der Pflege*. Berlin: Druckerei Conrad.

11 Anhang

Alle Rechte der im Anhang aufgeführten Instrumente, sowohl der quantitativen Fragebogenstudie als auch der qualitativen Interviewstudie, liegen beim Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen, der Universität Hildesheim und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen.

11.1 Fragebogen „Pflege älterer Menschen in der Familie“

<i>Anfangs möchten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person bitten</i>	
1. Ihr Geschlecht?	
<input type="checkbox"/> weiblich	
<input type="checkbox"/> männlich	
2. In welchem Jahr und in welchem Monat sind Sie geboren?	
Jahr: 19_____ Monat: _____	
3. Einmal abgesehen von Ihrem tatsächlichen Alter: Wenn Sie es in Jahren ausdrücken sollten, wie alt fühlen Sie sich? _____ Jahre	
4. Welchen Familienstand haben Sie?	
<input type="checkbox"/> verheiratet	
<input type="checkbox"/> ledig	
<input type="checkbox"/> verwitwet	
<input type="checkbox"/> geschieden oder getrennt lebend	
<input type="checkbox"/> mit einer/m Partner/in zusammenlebend	
5. Haben Sie Kinder?	
<input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Ja, ich habe _____ Kinder <i>(bitte Anzahl angeben)</i>	
6. In welchem Bundesland leben Sie jetzt? _____	<i>(bitte Bundesland angeben)</i>
7. Wo leben Sie jetzt? Bitte kreuzen Sie nur die Möglichkeit an, die am besten auf Sie zutrifft.	
<input type="checkbox"/> in einer Großstadt / unmittelbar in der Nähe einer Großstadt	
<input type="checkbox"/> in einer Kleinstadt / in einer mittelgroßen Stadt	
<input type="checkbox"/> in einem Dorf / auf dem Land	
8. Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein ⇒ Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? _____	<i>(bitte angeben)</i>
9. Sind Sie in Deutschland geboren?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nein, sondern in _____	<i>(bitte Ihr Geburtsland angeben)</i>

10. Wie viele Personen leben derzeit in Ihrem Haushalt?

- ☐ Ich lebe alleine. ⇒ **weiter mit Frage 12**
- ☐ In meinem Haushalt leben außer mir _____ Personen (*bitte Anzahl angeben*)

11. Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen? *Bitte kreuzen Sie in der folgenden Tabelle an, mit wem Sie in Ihrem Haushalt zusammenwohnen und tragen Sie jeweils das Geburtsjahr der entsprechenden Person ein.*

	In welchem Jahr ist das Haushaltsmitglied geboren?
<input type="checkbox"/> (Ehe-)Partner	_____
<input type="checkbox"/> Kind 1	_____
<input type="checkbox"/> Kind 2	_____
<input type="checkbox"/> Kind 3	_____
<input type="checkbox"/> Kind 4	_____
<input type="checkbox"/> Vater	_____
<input type="checkbox"/> Mutter	_____
<input type="checkbox"/> Enkelkind	_____
<input type="checkbox"/> Bruder	_____
<input type="checkbox"/> Schwester	_____
<input type="checkbox"/> Schwiegermutter	_____
<input type="checkbox"/> Schwiegervater	_____
<input type="checkbox"/> Andere Person, nämlich: _____	_____

12. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

- ☐ Hauptschule / Volksschule/ Polytech. Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Kl.
- ☐ Realschule / Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse
- ☐ Abitur / Erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse / Fachabitur
- ☐ Einen anderen Schulabschluss, nämlich: _____ (*bitte angeben*)
- ☐ Keinen Schulabschluss

13. Welche berufliche Ausbildung haben Sie? *Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.*

- ☐ Ich habe eine abgeschlossene Berufsausbildung, nämlich: _____ (*bitte angeben*)
- ☐ Ich habe einen Fachhochschulabschluss, nämlich: _____ (*bitte angeben*)
- ☐ Ich habe einen Universitätsabschluss, nämlich: _____ (*bitte angeben*)

14. Welche der folgenden Aussagen trifft derzeit auf Sie zu? *Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.*

- ☐ Ich bin ganztätig berufstätig
- ☐ Ich bin halbtags, teilzeit- oder geringfügig beschäftigt
- ☐ Ich bin in Rente/pensioniert/im Vorruhestand
- ☐ Ich bin arbeitslos
- ☐ Ich bin Hausfrau/Hausmann
- ☐ Auf mich trifft etwas Anderes zu: Ich bin _____ (*bitte angeben*)

<p>War die vergangene Woche (d. h. die Zeit vom letzten Montag bis zum letzten Sonntag) für Sie so eine „typische Woche“?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, das war für mich eine „typische“ Woche</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, das war für mich keine „typische“ Woche, weil</p> <p>_____</p> <p>_____ (bitte kurz beschreiben)</p>
<p>Wichtiger Hinweis, wenn Sie mehr als eine/n Angehörige/n pflegen:</p> <p>Beantworten Sie die Fragen 20 bis 38 in <u>diesem</u> Fragebogen bitte in Bezug auf <u>eine</u> von Ihnen gepflegte Person, und zwar nach Möglichkeit auf diejenige, für die Sie derzeit die meiste Zeit aufwenden. Für <u>jede weitere</u> von Ihnen gepflegte Person füllen Sie bitte einen der beigefügten <u>grünen</u> Bögen ("Angaben zu einer weiteren von Ihnen gepflegten Person") aus.</p>
<p>Hier nun die Fragen zu Ihrer/Ihrem pflegebedürftigen Angehörigen / zum ersten Ihrer pflegebedürftigen Angehörigen:</p>
<p>20. In welchem familiären Verhältnis stehen Sie zu dieser Person? Ich bin die/der...</p> <p><input type="checkbox"/> Ehepartner/in, Partner/in</p> <p><input type="checkbox"/> Tochter/Sohn</p> <p><input type="checkbox"/> Schwester/Bruder</p> <p><input type="checkbox"/> Schwiegertochter/Schwiegersohn</p> <p><input type="checkbox"/> Enkel/in</p> <p><input type="checkbox"/> Nefte/Nichte</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (bitte angeben)</p>
<p>21. Geschlecht Ihrer/s pflegebedürftigen Angehörigen?</p> <p><input type="checkbox"/> weiblich</p> <p><input type="checkbox"/> männlich</p>
<p>22. In welchem Jahr und in welchem Monat ist Ihr/e Angehörige/r geboren?</p> <p>Jahr: 19_____ Monat: _____</p>
<p>23. Wie viel wiegt Ihr/e Angehörige/r in etwa und wie groß ist sie/er?</p> <p><input type="checkbox"/> Körpergewicht: (ca.) _____ kg</p> <p><input type="checkbox"/> Körpergröße: (ca.) _____ cm</p>
<p>24. Aus welchem Land stammt Ihr/e Angehörige/r?</p> <p><input type="checkbox"/> aus Deutschland</p> <p><input type="checkbox"/> aus einem anderen Land, nämlich: _____ (bitte angeben)</p>
<p>25. Welchen Familienstand hat Ihr/e Angehörige/r?</p> <p><input type="checkbox"/> verheiratet</p> <p><input type="checkbox"/> ledig</p> <p><input type="checkbox"/> verwitwet</p> <p><input type="checkbox"/> geschieden oder getrennt lebend</p> <p><input type="checkbox"/> mit einer/m Partner/in zusammenlebend</p>

26. Wo wohnen Sie und Ihr/e Angehörige/r?

- ☐ in einem gemeinsamen Haushalt
- ☐ in verschiedenen Haushalten, aber im selben Gebäude
- ☐ in verschiedenen Gebäuden, aber zu Fuß erreichbar
- ☐ innerhalb von _____ Minuten erreichbar mit PKW, Bus oder Bahn

27. Welche der folgenden Merkmale treffen auf Ihre/n Angehörige/n zu?

Mein/e Angehörige/r ist... Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- ☐ bettlägerig
- ☐ inkontinent (kann Urin oder Stuhlgang nicht kontrollieren)
- ☐ altersverwirrt / demenzkrank
- ☐ im Koma / Wachkoma
- ☐ beim Gehen eingeschränkt
- ☐ in der Benutzung ihrer/seiner Arme und/oder Hände eingeschränkt
- ☐ beim Sprechen eingeschränkt
- ☐ beim Hören eingeschränkt
- ☐ beim Sehen eingeschränkt
- ☐ bei der Nahrungsaufnahme eingeschränkt
- ☐ auf andere Weise eingeschränkt, nämlich:

_____ (bitte kurz beschreiben)

28. Wie geht es nach Ihrer Einschätzung Ihrer/Ihrem Angehörigen zurzeit im Hinblick auf... Kreuzen Sie bitte jeweils das entsprechende Feld an.

	Sehr schlecht	Schlecht	Durch- schnittlich	Gut	Sehr gut
	1	2	3	4	5
...ihre/seine Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ihre/seine Konzentration / Gedächtnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ihre/seine Stimmung / emotionale Verfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ihre/seine Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Wie zufrieden oder unzufrieden ist nach Ihrem Eindruck Ihr/e Angehörige/r alles in allem mit der Pflege, die sie/er erhält?

- ☐ sehr unzufrieden
- ☐ eher unzufrieden
- ☐ mittel
- ☐ eher zufrieden
- ☐ sehr zufrieden

30. In welchem der folgenden Bereiche erhält Ihr/e Angehörige/r Hilfe? Von welchen Personen bekommt sie/er die benötigte Hilfe? Bitte kreuzen Sie <u>alles Zutreffende</u> an.				
Hilfeart	Von wem bekommt Ihr/e Angehörige/r in dem jeweiligen Bereich Hilfe?			
	Von Ihnen?	Von anderen Familienmitgliedern?	Von einem Pflegedienst?	Von sonstigen Helfern?
<i>Gesundheitliche Unterstützung</i> (z. B. Verbandswechsel, Medikamenteneinnahme, Blutzuckermessung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Körperliche / Persönliche Unterstützung</i> (z. B. waschen, anziehen, zur Toilette gehen, essen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Mobilität</i> (z. B. Hilfe bei Fortbewegung im u. außerhalb des Hauses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hilfe im Haushalt</i> (z. B. Hausarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vverwaltung der Finanzen</i> (z. B. Zahlen von Rechnungen der/des Angehörigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Finanzielle Unterstützung</i> (z. B. durch Geldzahlungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Organisation der Pflege</i> (z. B. Kontaktaufnahme zu professionellen Anbietern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Seit wann ist Ihr/e Angehörige/r pflegebedürftig? Geben Sie bitte das Jahr und - nach Möglichkeit - den Monat an. Falls Ihnen die Antwort schwer fällt: Seit wann ungefähr erleben Sie Ihren Angehörigen als pflegebedürftig? seit _____ (Monat) / _____ (Jahr)				
32. Wie lange pflegen Sie Ihre/n Angehörige/n? Geben Sie bitte das Jahr und - nach Möglichkeit - den Monat an. seit _____ (Monat) / _____ (Jahr)				
33. Würden Sie sich als die wichtigste Pflegeperson Ihrer/s Angehörigen bezeichnen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, die wichtigste Pflegeperson ist _____ (bitte benennen) <input type="checkbox"/> Schwer zu sagen, weil _____ (bitte kurz beschreiben)				
34. In welcher Pflegestufe ist Ihr/e Angehörige/r derzeit? <input type="checkbox"/> keine ⇒ weiter mit Frage 36 <input type="checkbox"/> Pflegestufe I <input type="checkbox"/> Pflegestufe II <input type="checkbox"/> Pflegestufe III <input type="checkbox"/> Pflegestufe III mit Härtefall				

35. Welche Form von Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält Ihr/e Angehörige/r?

- ☐ ausschließlich Pflegegeld („Geldleistung“)
- ☐ ausschließlich Pflegeeinsätze von Pflegediensten („Sachleistung“)
- ☐ teils Pflegeeinsätze im Haushalt, teils Pflegegeld („Kombinationsleistung“)

36. Warum pflegen Sie Ihre/n Angehörige/n? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

Ich pflege meine/n Angehörige/n, weil...

1. ☐ ich glaube, dass ich sie/ihn am besten pflegen kann.
2. ☐ ich mich dazu verpflichtet fühle.
3. ☐ sie/er früher für mich viel getan hat.
4. ☐ ich sie/ihn liebe.
5. ☐ sie/er das Gleiche für mich tun würde, wenn ich ihre/seine Hilfe benötigte.
6. ☐ ich das Pflegegeld brauche.
7. ☐ ein Heimplatz zu teuer wäre.
8. ☐ mein/e Angehörige/r nicht will, dass jemand anders sie/ihn pflegt.
9. ☐ ich eher zufällig und ohne bewusste Entscheidung in die Situation „hineingerutscht“ bin.
10. ☐ das für mich selbstverständlich ist.
11. ☐ ich ihr/ihm das versprochen habe.
12. ☐ mir die Pflege meiner/s Angehörigen ein gutes Gefühl gibt.
13. ☐ niemand sonst in Frage kommt.
14. ☐ ich das gerne mache.
15. ☐ ich nicht möchte, dass sie/er in ein Heim ziehen muss.
16. ☐ ich dazu gedrängt wurde.
17. ☐ mein Glaube mir das nahe legt.
18. ☐ sie/er das so will.
19. ☐ ich bei der Heirat versprochen habe, ihr/ihm in schlechten Zeiten beizustehen.
20. ☐ Andere Gründe, nämlich: _____ (bitte kurz beschreiben)

Welcher ist von allen Gründen, die Sie angekreuzt haben, der wichtigste Grund für die Pflege Ihrer/s Angehörigen?

Für mich am wichtigsten ist Grund Nr. _____ (bitte Nummer aus obiger Liste angeben)

37. Welche Leistungen nach der Pflegeversicherung haben Sie bzw. Ihr/e Angehörige/r in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- ☐ Regelmäßige Einsätze eines ambulanten Pflegedienstes
- ☐ Ersatzpflege / Verhinderungspflege (Vertretung der Pflegeperson durch private oder professionelle Helfer bis zu 4 Wochen)
- ☐ Tages- oder Nachtpflege (in entsprechenden Einrichtungen)
- ☐ Kurzzeitpflege (zeitlich befristete Pflege in einem Heim)
- ☐ Pflegehilfsmittel (z. B. Pflegebett, Rollstuhl, Hygieneartikel)
- ☐ Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes (z. B. Anbringen von Haltestangen, Abbau von Türschwellen, Treppenlift)
- ☐ Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegeperson (Beitragszahlung der gesetzlichen Unfall- und Rentenversicherung durch die Pflegekassen)
- ☐ Zusätzliche Betreuungsleistungen (bei hohem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung z. B. für Demenzkranke)
- ☐ Kurse für pflegende Angehörige
- ☐ andere, nämlich: _____ (bitte benennen)
- ☐ keine Leistungen

38. Wie beurteilen Sie insgesamt die pflegerische Versorgung Ihrer/s Angehörigen?*Bitte kreuzen Sie das entsprechende Feld an.*

- ☐ sehr schlecht
- ☐ schlecht
- ☐ durchschnittlich
- ☐ gut
- ☐ sehr gut

*Sie und Ihr Befinden***39. Wenn Sie an Ihr Leben im Allgemeinen denken, wie würden Sie Ihr derzeitiges Befinden bewerten?**

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr gut | gut | mittel | schlecht | sehr schlecht |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Nun geht es um Ihre Beziehungen zu anderen Menschen. Wir möchten etwas darüber erfahren, wie viel Unterstützung Sie von anderen Menschen bekommen.

Unten sind einige Situationen beschrieben. Geben Sie bitte an, wie viel Unterstützung Sie in diesen Situationen erhalten. Wenn Sie so viel Unterstützung erhalten, wie Sie wollen, wählen Sie die Ziffer 4. Wenn Sie viel zu wenig Unterstützung erhalten, wählen Sie die 1. Mit den Ziffern 2 und 3 können Sie Ihre Antwort abgestuft beschreiben.

viel zu wenig				so viel ich will
	1	2	3	4

Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne Menschen, die mir ohne weiteres auch eine höhere Geldsumme leihen würden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich krank bin, habe ich vertraute Menschen, die mich pflegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne Menschen, die ich um Rat fragen kann, wenn ich wirklich ernste Probleme habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich dazu ermutigen, meinen eigenen Weg zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen in meiner Umgebung, die mich bei wichtigen Terminen (Arzt, Anwalt etc.) begleiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn es mir schlecht geht, habe ich Freunde, die sich um mich kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen in meiner Umgebung, die mir bei Behördenangelegenheiten behilflich sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde/Angehörige, die mit mir offen über meine Probleme reden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Menschen, die mir Hoffnung und Mut machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mit mir gemeinsam Pläne für die Zukunft machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde, die mir das Gefühl vermitteln, wertvoll zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Menschen, die mich trösten, wenn ich mutlos oder traurig bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freunde, bei denen ich für ein paar Wochen wohnen könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Jetzt geht es um Sie und wie Sie mit bestimmten Situationen umgehen. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Situationen, in denen man seine Wünsche, Ziele oder Pläne nicht so verwirklichen kann, wie man es gerne hätte. Geben Sie bitte bei jeder Aussage an, inwieweit das auf Sie zutrifft.

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = „trifft genau zu“ bis 4 = „trifft gar nicht zu“. Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Wenn ich mich in etwas verrannt habe, fällt es mir schwer, einen neuen Weg einzuschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch im größten Unglück finde ich oft noch einen Sinn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst wenn mir etwas gründlich schief geht, sehe ich doch irgendwo einen kleinen Fortschritt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Probleme schaffe ich mir selbst, weil ich überhöhte Ansprüche habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen trauere ich einer verpassten Chance nicht lange nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderten Umständen kann ich mich im Allgemeinen recht gut anpassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch dem Verzicht etwas abgewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich merke im Allgemeinen recht gut, wenn ich an die Grenzen meiner Möglichkeiten komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach schweren Enttäuschungen wende ich mich schnell neuen Aufgaben zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nicht bekomme, was ich will, sehe ich das auch als Möglichkeit, mich in Gelassenheit zu üben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn mir ein Wunsch nicht erfüllt wird, ist das für mich kein Grund zur Verzweiflung: es gibt ja noch andere Dinge im Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann auch den unangenehmen Dingen des Lebens leicht eine gute Seite abgewinnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Niederlagen kann ich mich nur schlecht abfinden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich in Schwierigkeiten stecke, frage ich mich sofort, wie ich das Beste daraus machen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich will nur dann wirklich zufrieden sein, wenn sich meine Wünsche ohne Abstriche erfüllt haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Wie sehr treffen die folgenden Aussagen auf Ihren derzeitigen Pflegedienst zu?

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von **1** = „trifft genau zu“ bis **4** = „trifft gar nicht zu“. Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Die Mitarbeiter/innen behandeln meine/n Angehörige/n mit Würde und Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter/innen behandeln mich mit Würde und Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe kommt zu der Zeit, zu der sie versprochen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfe ist zu der Zeit verfügbar, zu der ich sie am meisten benötige.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter/innen haben die Fähigkeiten und die Ausbildung, die sie benötigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die bereit gestellte Hilfe verbessert die Lebensqualität meines/r Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die bereit gestellte Hilfe verbessert meine Lebensqualität.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Hilfe wird jeden Tag von demselben/derselben Mitarbeiter/in übernommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter/innen entlasten mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne die professionelle Hilfe der Mitarbeiter/innen wäre die Pflege nicht zu leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Hatten Sie schon einmal Grund zur Beschwerde über Mitarbeiter/innen Ihres derzeitigen Pflegedienstes?

- ☐ Ja, einmal
☐ Ja, mehrmals
☐ Nein, noch nie ⇒ **weiter mit Frage 52**

48. Was war der Grund / was waren die Gründe für Ihre Beschwerde?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- ☐ Unpünktlichkeit / Unzuverlässigkeit
☐ pflegerische Mängel / unsachgemäße Pflege
☐ respektloses Verhalten gegenüber Ihrer/Ihrem Angehörigen
☐ respektloses Verhalten Ihnen gegenüber
☐ Unregelmäßigkeiten bei der Abrechnung
☐ Diebstahl von Bargeld oder Dingen, die Ihnen bzw. Ihrer/Ihrem Angehörigen gehörten
☐ etwas Anderes, nämlich: _____

⇒ <i>weiter mit Frage 52</i>				
49. War früher ein ambulanter Pflegedienst an der Pflege Ihrer/s Angehörigen beteiligt? <input type="checkbox"/> Ja, bis _____ (Monat) / _____ (Jahr) <i>(Geben Sie bitte an, wann zuletzt ein Pflegedienst für Ihren Angehörigen tätig war.)</i> <input type="checkbox"/> Nein				
50. Planen Sie innerhalb der nächsten drei Monate einen ambulanten Pflegedienst an der Pflege Ihrer/s Angehörigen zu beteiligen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß noch nicht				
51. Warum ist zurzeit kein ambulanter Pflegedienst an der Pflege Ihrer/s Angehörigen beteiligt? <i>Kreuzen Sie bitte an, inwieweit die angegebenen Gründe zutreffen. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = "trifft genau zu" bis 4 = "trifft gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.</i>				
Zurzeit ist kein ambulanter Pflegedienst beteiligt, weil...	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
der Pflegebedarf bei meiner/m Angehörigen noch nicht so groß ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich gut alleine klar komme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich genug andere Helfer (z. B. Verwandte, Nachbarn) habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mein/e Angehörige/r nicht von Fremden gepflegt werden möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich schlechte Erfahrungen mit Pflegediensten gemacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich möchte, dass keine fremden Menschen an der Pflege mitwirken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich bei Pflegediensten zu wenig Einfluss auf die Art und Weise habe, wie die Hilfe erbracht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wir auf das Pflegegeld angewiesen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienste nicht die Art von Hilfe geben, die ich brauche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
es hier in der Nähe keinen geeigneten Pflegedienst gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienste zu teuer sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich nicht regelmäßig fremde Menschen im Haus haben möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für mich ist ein anderer Grund wichtig, nämlich: _____ _____ <i>(bitte mit Ihren eigenen Worten beschreiben)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Belastungen und Belohnungen in der Pflege</i>					
52. Bitte lesen Sie nun sorgfältig die folgenden Aussagen. Wie oft kommen solche Gefühle, Gedanken und Erfahrungen bei Ihnen vor?					
<i>Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = "so etwas kommt nie vor" bis 5 = "so etwas kommt sehr oft vor". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.</i>	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
	1	2	3	4	5
Ich habe das Gefühl, dass ich durch die Pflege das Leben der/des Pflegebedürftigen positiv beeinflusse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der direkte Kontakt mit der/dem Pflegebedürftigen belastet mich stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Pflege emotional erschöpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege habe ich körperliche Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit der/dem Pflegebedürftigen herzustellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Pfelegetag vor mir habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Pflege habe ich aggressive Gedanken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich in der Pflege zu hart arbeite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich sehr tatkräftig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Pflege frustriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich meine/n Angehörige/n so behandle, als wäre sie/er ein unpersönliches Objekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht, mich in die/den Pflegebedürftige/n hineinzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich überfordert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den ganzen Tag für meine/n Angehörige/n da zu sein, ist für mich wirklich anstrengend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, in der Pflege meine Fähigkeiten einsetzen zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich befürchte, dass die Pflege mich emotional verhärtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit meiner/m Angehörigen passiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass mein/e Angehörige/r mir die Schuld für ihre/seine eigenen Probleme gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege fühle ich, dass ich gebraucht werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlafe schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin durch die Pflege meiner/s Angehörigen persönlich reifer geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Ende eines Pfelegetages fühle ich mich verbraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Während der Pflege bin ich reizbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin mir durch die Pflege meiner eigenen Stärke bewusst geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich durch die Pflege ausgebrannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seitdem ich meine/n Angehörige/n pflege, bin ich gefühlloser im Umgang mit Menschen geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Im Folgenden lesen Sie Aussagen von Menschen, die einen Angehörigen pflegen. Dabei geht es um Dinge, die Pflegende belasten können. <i>Bitte geben Sie an, wie sehr die Aussagen auf Sie zutreffen. Ihre Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = "trifft genau zu" bis 4 = "trifft gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.</i>					
Mich belastet, dass ...	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4	
die Pflege meiner/s Angehörigen körperliche Schwerarbeit ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich mich auch nachts um meine/n Angehörige/n kümmern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
meine Familie mich zu wenig unterstützt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
es meiner/m Angehörigen immer schlechter geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zukunftspläne sich wegen der Pflegebedürftigkeit nicht mehr verwirklichen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich nicht weiß, wie lange ich das gesundheitlich noch schaffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich zu wenig Gesprächspartner habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zu wenig Zeit für eigene Interessen, Bedürfnisse oder Hobbies bleibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere zu wenig Verständnis für meine Situation haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
mir Geld fehlt, um die Pflege meiner/s Angehörigen besser zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich mir wegen der Pflege weniger leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich manchmal fürchte, dass ich die Pflege nicht im Griff habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich durch die Pflege mit dem Tod konfrontiert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich zwischen der Pflege und meinen anderen Aufgaben "hin und her gerissen" bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
meine Leistung als Pflegende/r zu wenig anerkannt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakte zu Freunden und Bekannten weniger geworden sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich meiner/m Angehörigen in der Pflege körperlich sehr nahe kommen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
niemand weiß, wie lange mein/e Angehörige/r noch Pflege brauchen wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich durch die Pflege "an das Haus gebunden" bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich zu wenige Möglichkeiten habe, mal alleine zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ich mit Institutionen und Behörden kämpfen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

es mir schwer gemacht wird, Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich meinen Beruf nicht mehr ausüben kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ich nicht weiß, wie lange Beruf und Pflege noch zu vereinbaren sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
am Arbeitsplatz zu wenig Verständnis für meine Situation aufgebracht wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Wir möchten nun etwas darüber erfahren, wie es Ihnen derzeit in verschiedenen Lebensbereichen geht und wie das vor Beginn der Pflege Ihrer/s Angehörigen war.

Kreuzen Sie bitte die entsprechenden Felder an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = „sehr schlecht“ bis 5 = „sehr gut“. Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Lebensbereiche	Heute geht es mir in diesem Bereich...					Bevor ich die Pflege meiner/s Angehörigen übernommen habe, ging es mir in diesem Bereich...				
	sehr schlecht				sehr gut	sehr schlecht				sehr gut
Ihre Gesundheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Freizeitgestaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre wirtschaftliche Lage	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Partnerschaft	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihr Familienleben	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Sexualität	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Kontakte zu Freunden und Bekannten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Stimmung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihr Selbstbewusstsein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
Ihre Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

55. Im Vergleich zu den meisten gleichaltrigen Menschen: Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand ein? Mir geht es...

viel schlechter	etwas schlechter	etwa gleich	etwas besser	viel besser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Wie schätzen Sie insgesamt Ihre persönliche Belastung durch die Pflege ein? Ich bin durch die Pflege ...

überhaupt nicht belastet	etwas belastet	mittelmäßig belastet	stark belastet	sehr stark belastet
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

57. Wie gehen Sie mit Belastungen durch die Pflege um?

Bitte kreuzen Sie jeweils an, wie häufig Sie in der genannten Weise handeln oder denken. Die Antwortmöglichkeiten reichen von **1** = "so gebe ich **nie** mit Belastungen durch die Pflege um" bis **5** = "so gebe ich **sehr oft** mit Belastungen durch die Pflege um". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Um mit Belastungen durch die Pflege fertig zu werden, ...	n i e	s e t e n	ma nch mal	o f t	se h r
	1	2	3	4	5
mache ich Scherze über die belastende Situation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plane ich meinen Tagesablauf gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich mit meiner/m Angehörigen darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sage ich mir, dass ich auch in schlechten Zeiten zu meiner/m Angehörigen stehen muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich darüber mit meiner Familie / meinem Partner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nutze ich Tagespflege und ähnliche Angebote.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denke ich daran, dass ich meiner/m Angehörigen etwas Gutes tue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mache ich mir klar, dass mein/e Angehörige/r nichts dafür kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bete ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trinke ich Alkohol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bitte ich Freunde oder Nachbarn um Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weine ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
werde ich gegenüber meiner/m Angehörigen lauter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
strenge ich mich mehr an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gönne ich mir etwas Schönes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasse ich mich von Fachleuten beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denke ich an schöne gemeinsame Zeiten zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sage ich mir, dass es im Leben noch andere wichtige Dinge als die Pflege gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich mit Freunden darüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mache ich Entspannungsübungen, Meditation oder Ähnliches.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehme ich an einer Gesprächsgruppe für pflegende Angehörige teil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bitte ich Familienmitglieder um Hilfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nehme ich Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rauche ich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erlaube ich mir „kleine Gemeinheiten“ gegenüber meiner/m Angehörigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
treibe ich Sport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, nämlich:					
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Nun bitten wir Sie um einige Einschätzungen zur Beziehung zwischen Ihnen und Ihrer/m pflegebedürftigen Angehörigen. Dabei möchten wir vor allem wissen, wie sich verschiedene Dinge möglicherweise gegenüber der Zeit verändert haben bevor sie Ihre/n Angehörige/n gepflegt haben.

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = "trifft genau zu" bis 4 = "trifft gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Seit ich meine/n Angehörige/n pflege ...	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
ist unser Verhältnis zueinander besser geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich weniger mit ihr/ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unser Verhältnis zueinander im Wesentlichen so geblieben, wie es auch vorher war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
streiten wir häufiger miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verbringen wir mehr Zeit miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat sich unser Verhältnis zueinander stark verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühle ich mich ihr/ihm näher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sprechen wir weniger offen miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haben wir seltener Meinungsverschiedenheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich häufiger gemischte Gefühle ihr/ihm gegenüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
habe ich sie/ihn (als Ehepartner, Vater, Mutter....) in gewisser Weise verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimmt sie/er stärker als vorher, was in unserer Beziehung geschieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weiß ich häufiger nicht, wie meine Gefühle gegenüber ihr/ihm sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frage ich mich des Öfteren, ob es gut war, die Pflege zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sprechen wir offener miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
streiten wir seltener miteinander.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fühle ich mich ihr/ihm nicht mehr so nahe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haben wir häufiger Meinungsverschiedenheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist meine Zuneigung zu ihr/ihm stärker geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bestimme ich stärker als vorher, was in unserer Beziehung geschieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spreche ich mehr mit ihr/ihm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist unser Verhältnis zueinander schlechter geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Bitte lesen Sie sorgfältig die folgenden Aussagen über Gefühle und Gedanken. Wie sehr treffen diese auf Sie zu?

Kreuzen Sie bitte das entsprechende Feld an. Die Antwortmöglichkeiten reichen von 1 = "trifft genau zu" bis 4 = "trifft gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

	Trifft genau zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft gar nicht zu 4
Als Pflegende/r gebe ich viel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Pflegende/r bekomme ich viel zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Pflege ginge es mir heute besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Leben ist vor allem durch die Pflege bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege meiner/s Angehörigen verliere ich meine Freiheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Rest der Familie unterstützt mich so bei der Pflege, wie ich mir das wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In einem Heim ginge es meiner/m Angehörigen besser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin jetzt die Person, die die Verantwortung für uns beide hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf die Dauer übersteigt die Pflege meine Kräfte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich noch einmal neu zu entscheiden hätte, würde ich meine/n Angehörige/n wieder pflegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege geht das eigentliche Leben an mir vorüber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist meine ganz freie Entscheidung, meine/n Angehörige/n auch weiterhin zu pflegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insgesamt ist die Pflege eine undankbare Aufgabe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch die Pflege versäume ich mein eigenes Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein/e Angehörige/r ist ein/e schwierige/r Pflegebedürftige/r.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich möchte, dass alles vorüber ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der enge körperliche Kontakt durch die Pflege fällt mir schwer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Pflege ginge es mir heute schlechter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege ist heute der wichtigste Teil meines Lebens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Menschen sehen mich vor allem als jemanden, der eine/n Angehörige/n pflegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch ihre/seine Krankheit ist mein/e Angehörige/r gar nicht mehr wirklich Teil der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lange halte ich das nicht mehr durch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtiger Hinweis, wenn Sie mehr als eine Person pflegen: Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen nur für die Person, die Sie im Fragebogen als erste/n Ihrer pflegebedürftigen Angehörigen beschrieben haben (S. 3 bis 8 des Fragebogens).		
<i>Problematische Verhaltensweisen in der familiären Pflege</i>		
60. Im Folgenden werden mögliche Verhaltensweisen von Pflegebedürftigen beschrieben, von denen Sie als pflegende/r Angehörige/r betroffen sein können. Bitte geben Sie für jede Verhaltensweise an, wie oft Sie selbst so etwas in den <u>letzten 12 Monaten</u> erlebt haben.		
Hat in den letzten 12 Monaten Ihr/e Angehörige/r ...	<i>Wenn Sie die genaue Häufigkeit nicht benennen können, schätzen Sie bitte die Häufigkeit.</i>	
etwas gesagt oder getan, um Sie zu beleidigen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
mit einem Gegenstand nach Ihnen geworfen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie beschimpft?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie bespuckt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie gestoßen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie grob angefasst?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie verprügelt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihnen eine Ohrfeige gegeben?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie mit der Faust geschlagen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie getreten?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie gekratzt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie gebissen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie an den Haaren gezogen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie mit einem Gegenstand geschlagen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie mit Worten bedroht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie mit einer Waffe (z. B. einem Messer) bedroht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
eine Waffe (z. B. ein Messer) gegen Sie eingesetzt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Unwahrheiten über Sie verbreitet?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sie sexuell belästigt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihnen etwas gestohlen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein

61. Nun geht es um mögliches Verhalten von Pflegenden gegenüber ihren pflegebedürftigen Angehörigen. Bitte geben Sie für jede der genannten Verhaltensweisen an, ob und wie oft so etwas in den <u>letzten 12 Monaten</u> vorgekommen ist.		
Haben Sie in den letzten 12 Monaten ...	<i>Wenn Sie die genaue Häufigkeit nicht angeben können, schätzen Sie bitte die Häufigkeit.</i>	
Ihre/n Angehörige/n beschimpft?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n absichtlich nicht gewaschen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n mit Worten bedroht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n respektlos behandelt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Schamgefühle Ihrer/s Angehörigen absichtlich verletzt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n grob angefasst?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
die Mundpflege Ihrer/s Angehörigen vernachlässigt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Wünsche Ihrer/s Angehörigen absichtlich ignoriert?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n absichtlich beleidigt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihrer/m Angehörige/n nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n ausgelacht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n absichtlich geärgert?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n angeschrien?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n getreten?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n geschubst oder gestoßen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihrer/m Angehörigen ruhigstellende Medikamente gegeben, um weniger Mühe mit ihr/ihm zu haben?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n nicht rechtzeitig gelagert?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, um weniger Mühe mit ihr/ihm zu haben?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n mit der Faust geschlagen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n vor anderen lächerlich gemacht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Verletzungen Ihrer/s Angehörigen nicht sorgfältig genug versorgt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n gewürgt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n geohrfeigt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n verprügelt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein

Ihre/n Angehörige/n sexuell belästigt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihre/n Angehörige/n absichtlich zu heiß o. zu kalt gebadet/geduscht?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
die Wäsche Ihrer/s inkontinenten Angehörigen nicht gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Ihrer/m Angehörigen Geld/Wertgegenstände unerlaubt weggenommen?	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> ja, (ca.) ____mal	<input type="checkbox"/> nein

62. Nun geht es um Verhaltensweisen von anderen Personen gegenüber der/dem Angehörigen, die/den Sie pflegen. Haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass jemand mit der Person, die Sie pflegen, in folgender Weise umgegangen ist?

Mögliche Verhaltensweisen gegenüber Ihrer/m Angehörigen:	Ist so etwas in den letzten 12 Monaten vorgekommen?	Wenn ja: Wer hat das getan? Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an und geben Sie bei Familienmitgliedern und "anderen Personen" an, um wen es sich handelte		
		Ein Familienmitglied	MitarbeiterIn Pflegedienst	Eine andere Person,
sie/ihn misshandelt (d.h. körperlich schlecht behandelt)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
sie/ihn vernachlässigt (d.h. nicht ausreichend gepflegt, versorgt und betreut)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
sie/ihn beschimpft, beleidigt oder angeschrien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
sie/ihn eingesperrt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
ihr/ihm beruhigende Medikamente gegeben, um weniger Mühe zu haben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
sie/ihn in seiner/ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt, um weniger Mühe zu haben	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
ihr/ihm Geld / Wertgegenstände entwendet	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
ihre/seine Schamgefühle verletzt oder sie/ihn respektlos behandelt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____
andere problematische Verhaltensweisen gegenüber Ihrer/m Angehörigen, nämlich: _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ⇒	<input type="checkbox"/> nämlich: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nämlich: _____

<hr/> <hr/>				
<p style="text-align: center;">Vielen Dank,</p> <p>dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen zu bearbeiten. Wir schätzen Ihre Unterstützung beim Zusammentragen der für diese Studie wichtigen Informationen sehr. Wenn es weitere Dinge gibt, die Sie uns mitteilen möchten, nutzen Sie dafür bitte diese Seite.</p>				
<p>Bitte senden Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen im beigefügten frankierten Umschlag an:</p> <p style="text-align: center;">Dipl.-Soz. Juliane Nachtmann Deutsches Zentrum für Altersfragen Manfred-von-Richthofen-Straße 2 D-12101 Berlin Telefon: 030 / 260 740 79 E-Mail: nachtmann@dza.de</p>				

11.2 Sozialdatenbögen

11.2.1 Sozialdaten der pflegebedürftigen Person

Interview-Code: _____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Gehören Sie einer Kirche oder Glaubensgemeinschaft an? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: welcher? _____

Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie? _____

Haben Sie einen Beruf erlernt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: welchen Beruf / welche Berufe? _____

Wann waren Sie denn zuletzt berufstätig? (Jahr/wenn möglich Monat) _____

Was für eine Tätigkeit war das? _____

Wie viele Personen gehören jetzt zu Ihrem Haushalt (Sie selbst mitgezählt)?
_____ Person(en)

Wie ist Ihr Familienstand? (Sind Sie verheiratet, ledig, geschieden oder verwitwet?) _____

Haben Sie Kinder? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele? _____

Wie alt ist Ihr Kind / sind Ihre Kinder heute? _____

In welcher Pflegestufe sind Sie zurzeit?

☐ keine

☐ Pflegestufe I

☐ Pflegestufe II

☐ Pflegestufe III

☐ Pflegestufe III mit Härtefall

☐ weiß nicht

11.2.2 Sozialdaten der familiären Pflegeperson

Interview-Code: _____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Alter: _____ Jahre

Staatsangehörigkeit: _____

Muttersprache(n): _____

Gehören Sie einer Kirche oder Glaubensgemeinschaft an? ☐ ja ☐ nein

Gegebenenfalls: welcher? _____

Welchen (höchsten) Schulabschluss haben Sie? _____

Haben Sie eine berufliche Ausbildung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: welche? _____

Sind Sie derzeit berufstätig: ☐ ja ☐ nein

Art der Berufstätigkeit: _____

Umfang der Berufstätigkeit (soweit benennbar: Stunden/Woche): _____

Ihr Familienstand: _____

Leben Sie mit einem Partner / einer Partnerin zusammen? ☐ ja ☐ nein

Leben Kinder bei Ihnen im Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele? Wie alt sind die Kinder?

Wie viele Personen umfasst der Haushalt insgesamt? (inkl. befragte Person): _____

Können Sie mir in etwa das Monats-Netto-Einkommen Ihres Haushalts benennen? Ich meine damit die Summe, die Ihrem Haushalt insgesamt verbleibt aus Lohn, Gehalt, selbstständigem Einkommen, Rente oder Pension. Rechnen Sie bitte auch sonstige Einkünfte, z.B. aus Vermietungen, und öffentliche Beihilfen dazu, auch Kindergeld, auch Geldleistungen aus der Pflegeversicherung. Können Sie mir bitte sagen, in welche Spanne Ihr Haushalt fällt?

☐ unter 1.000 €

☐ 1.000 bis unter 1.500 €

☐ 1.500 bis unter 2.000 €

☐ 2.000 bis unter 3.000 €

☐ 3.000 bis unter 4.000 €

☐ 4.000 € und mehr

Pflegende Person und pflegebedürftige Person(en)

	Pflegebedürftige(r) 1	Pflegebedürftige(r) 2	Pflegebedürftige(r) 3
Art der (Verwandtschafts-) Beziehung	_____	_____	_____
Sind Sie die Hauptpflegeperson?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar
Beginn Pflege durch InterviewpartnerIn (Monat/ Jahr):	____/____	____/____	____/____
derzeit gemeinsamer Haushalt mit gepflegter Person?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Pflegebedürftige(r)

	Pflegebedürftige(r) 1 ¹⁰³	Pflegebedürftige(r) 2	Pflegebedürftige(r) 3
Geschlecht	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Alter	_____ Jahre	_____ Jahre	_____ Jahre
pflegebedürftig seit (M/J)	____/____	____/____	____/____
(ggfs.) verstorben (M/J)	____/____	____/____	____/____
zuletzt ausgeübter Beruf	_____	_____	_____
demenzkrank/verwirrt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar
derzeitige ¹⁰⁴ Pflegestufe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 mit Härtefall	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 mit Härtefall	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 mit Härtefall
Art der gewählten Leistungen SGB XI	<input type="checkbox"/> Geldleistung ¹⁰⁵ <input type="checkbox"/> Sachleistung ¹⁰⁶ <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung <input type="checkbox"/> unklar

¹⁰³ Für den Fall, dass mehrere Familienmitglieder gepflegt werden, sind Angaben für bis zu drei pflegebedürftige Personen möglich.

¹⁰⁴ Bei eventuell bereits Verstorbenen: letzte Pflegestufe.

¹⁰⁵ Für Pflege durch Angehörige, Freunde, Nachbarn etc.

¹⁰⁶ Für Pflege durch ambulante Dienste / professionelle Pflegekräfte.

11.2.3 Sozialdaten der ambulanten Pflegekraft

Interview-Code: _____

Geschlecht: ☐ w ☐ m

Ihre Staatsangehörigkeit: _____

Ihre Muttersprache(n): _____

Ihr Familienstand: _____

Leben Sie mit einem Partner / einer Partnerin zusammen? ☐ ja ☐ nein

Leben Kinder bei Ihnen im Haushalt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie viele? Wie alt sind die Kinder?

Welche berufliche Ausbildung haben Sie? _____

[wenn noch in Ausbildung:] Welchen Abschluss erwerben Sie mit Ihrer Ausbildung? _____

Wie lange arbeiten Sie insgesamt schon in der Pflege? (einschließlich Ihrer Ausbildungszeit)

(ca.) _____ Jahr(e) und _____ Monat(e)

Wie lange sind Sie bei Ihrem jetzigen Pflegedienst schon pflegerisch tätig?

(ca.) _____ Jahr(e) und _____ Monat(e)

Was ist zurzeit Ihre berufliche Position bei Ihrem Pflegedienst? _____

Wie viele Stunden – ohne Überstunden – arbeiten Sie bei diesem Pflegedienst pro Woche?
_____ Stunden

Wie viele Überstunden haben Sie ungefähr im letzten Monat geleistet? (ca.) _____ Stunden

Zum Pflegedienst

Welchen Träger hat Ihr Pflegedienst? Ist es:

- ☐ ein privater Dienst,
- ☐ ein kirchlicher (z. B. Diakonie, Caritas),
- ☐ ein freigemeinnütziger (z. B. Arbeiter-Samariterbund, AWO, Malteser) oder
- ☐ ein städtischer? (Erläuterungen: _____)

Wissen Sie etwa, wie viele Pflegebedürftige Ihr Pflegedienst zurzeit insgesamt regelmäßig versorgt? (ca.) _____ Pflegebedürftige

Zur Tätigkeit des/der Befragten im Pflegedienst

Wie viele Pflegebedürftige versorgen Sie selbst derzeit regelmäßig (d. h. mindestens einmal pro Woche)? (ca.) _____ Pflegebedürftige

In welchen Schichten arbeiten Sie regelmäßig?

- ☐ Frühdienst,
- ☐ Spätdienst,
- ☐ Teildienst,
- ☐ Nachtdienst,
- ☐ normaler Tagdienst,
- ☐ Rufbereitschaft

Welche Tätigkeiten übernehmen Sie regelmäßig bei den Pflegebedürftigen?

- ☐ Grundpflege,
- ☐ Behandlungspflege,
- ☐ Hauswirtschaftliche Versorgung,
- ☐ Sonstiges, nämlich _____

Zu dem ausgewählten Pflegesetting

	Pflegebedürftige(r) 1	Pflegebedürftige(r) 2
Seit wann pflegen Sie Frau / Herrn [x]?	(ca.) _____ Jahr(e) und _____ Monat(e)	(ca.) _____ Jahr(e) und _____ Monat(e)
Geschlecht der pflegebedürftigen Person:	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Wie alt ist Frau / Herr [x]?		
In welche Pflegestufe ist Frau / Herr [x] derzeit eingruppiert?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 mit Härtefall <input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3 mit Härtefall <input type="checkbox"/> weiß nicht
Ist Frau / Herr [x] demenzkrank / altersverwirrt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar
In welcher Beziehung steht die familiäre Hauptpflegeperson zu Frau / Herrn [x] (z. B. „Ehepartner“, „Tochter“)?	_____	_____

11.3 Interviewleitfäden

Alle „fett“ gedruckten Fragen sind sogenannte Leitfragen, die in jedem Interview entweder direkt zu stellen waren oder zumindest inhaltlich abgearbeitet werden sollten.

11.3.1 Interviewleitfaden für die pflegebedürftige Person

1. Wie sieht zurzeit ein normaler Tagesablauf für Sie aus?

- Wann beginnt Ihr Tag und wann endet er?
- Wie ist es nachts?
- Wie oft in der Woche ist der Ablauf so? Gibt es Unterschiede zwischen Wochentagen und Wochenenden?
- Gibt es weitere regelmäßige Aktivitäten oder Termine, die für Sie wichtig sind?

2. Wie ist es dazu gekommen, dass Sie Pflege benötigen und gepflegt werden?

- Seit wann benötigen Sie Pflege?
- Wie kam es dazu?
- Inwieweit kam das für Sie überraschend?
- Wie war das für Sie, als Sie pflegebedürftig wurden? Wie haben Sie diese Zeit erlebt?
- Wie ist es dann weitergegangen? Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand seitdem entwickelt?
- Wer hat Sie am Anfang gepflegt? Wie ist es dann weitergegangen? [*Gegebenenfalls*: Warum hat sich das geändert?]
- **Bevor Sie pflegebedürftig wurden - was hätten Sie sich da gewünscht, wie Sie im Falle eines Falles gepflegt werden sollten?**

3. Wie geht es Ihnen zurzeit?

- Wie geht es Ihnen zurzeit körperlich?
- Wie ist Ihre Stimmung? Wie fühlen Sie sich?
- Wie ist es mit Ihrem Gedächtnis? Wie mit Ihrer Konzentration?
- Was können Sie alleine bewältigen? Wo benötigen Sie Hilfe?

4. Welche Hilfe und Pflege bekommen Sie zurzeit?

- Wer ist zurzeit alles an Ihrer Pflege beteiligt
- Bekommen Sie Pflege durch einen ambulanten Dienst? [*Wenn ja: Wie häufig kommt eine ambulante Pflegekraft zu Ihnen? / Ist es immer die gleiche Pflegekraft, die zu Ihnen kommt? / Was macht der ambulante Pflegedienst? Wobei hilft er Ihnen?*]
- Bekommen Sie weitere Hilfe oder Pflege durch Familienmitglieder, Nachbarn, Bekannte oder andere Personen?
- Welche Hilfe und Pflege bekommen Sie von [*genannte Personen / Institutionen*]?
 - **Wer ist Ihnen für Ihre Pflege am wichtigsten?** [*falls an dieser Stelle eine professionelle Pflegeperson genannt wird: Und wie ist es in der Familie bzw. bei Personen, die Ihnen privat verbunden sind. Wer ist Ihnen da für Ihre Pflege am wichtigsten?*]
- **Ist immer jemand für Sie erreichbar, wenn Sie Hilfe und Pflege benötigen?**
- **Wie klappt das bei der Pflege so mit Ihnen und Ihrer / Ihrem** [*interviewte familiäre Hauptpflegeperson*]? [*Für den Fall, dass sich (erst) im Verlauf des Interviews / der Interviews herausstellen sollte, dass das interviewte Familienmitglied an der Pflege nicht beteiligt ist: diese Frage auf die "für die Pflege wichtigste Person aus dem privaten Umfeld" beziehen.*]
- [*Sofern auch Pflege durch ambulanten Dienst:*] Und wie ist das mit Ihnen und [*der Mitarbeiterin/ dem Mitarbeiter / den Mitarbeitern*] des ambulanten Dienstes?
- **Sind Hilfe und Pflege immer so, wie es Ihren Bedürfnissen entspricht – oder gibt es auch Situationen, in denen das nicht so ist?** [*Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?*] [*Bei privater plus professioneller Pflege bei Bedarf nach der jeweils verbleibenden Komponente fragen. Wenn also auf die Frage hin ausschließlich Probleme im Bereich der privaten Pflege oder nur solche im Bereich der professionellen Pflege erwähnt wurden, den jeweils anderen Bereich ansprechen ("Und wie ist das mit Ihrer Pflege durch den ambulanten Dienst?" - "Und wie ist das mit Ihrer Pflege durch Ihre/Ihren.....?").*]
- **Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Hilfe und Pflege, die Sie zurzeit bekommen?**
- **Was sollte sich nach Ihrem Wunsch** [*im Hinblick auf die Hilfe und Pflege, die Sie bekommen*] **in Zukunft ändern?**

5. Wenn man wegen gesundheitlicher Probleme Pflege und Hilfe benötigt, verändern sich meist auch andere Dinge im alltäglichen Leben. Was hat sich in Ihrem Leben vor allem verändert, seit Sie pflegebedürftig wurden?

- *[Wenn Interviewpartner sich sehr stark oder ausschließlich auf die gesundheitliche Ebene konzentriert:]* Oft verändern sich dann auch andere Dinge, z. B. wie man wohnt, ob man einer Arbeit nachgehen kann, wie es einem finanziell geht und welchen Lebensstandard man sich leisten kann, wie die Kontakte zur Familie, zu Freunden, Bekannten und Nachbarn sind. Wie ist das bei Ihnen?" *[dabei gegebenenfalls Bereich ausklammern, über den die befragte Person bereits gesprochen hat (z. B. Wohnsituation)]*

6. Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer/Ihrem [interviewte familiäre Pflegeperson] heute beschreiben? Wie gehen Sie miteinander um? Wie kommen Sie miteinander zurecht? *[Wiederum: sollte deutlich geworden sein, dass das interviewte Familienmitglied überhaupt nicht pflegt, bitte diese und die folgenden Fragen auf die "für die Pflege wichtigste Person aus dem privaten Umfeld" beziehen.]*

- Wie sehr fühlen Sie sich durch die Pflege mit ihm/ihr verbunden?
- Wie viel Einfluss haben Sie, wie viel Einfluss hat Ihre / Ihr [interviewte familiäre Pflegeperson] in Ihrem Umgang miteinander?
- Inwieweit [und in welchen Bereichen] treffen Sie selbst Entscheidungen? Welche Entscheidungen trifft Ihre / Ihr [interviewte familiäre Pflegeperson] möglicherweise für Sie? Wie kommen ansonsten Entscheidungen zustande?
- Gibt es Verhaltensweisen Ihrer / Ihres [interviewte familiäre Pflegeperson], die Ihnen nicht so gefallen? Welche sind das?

7. Wie war das mit Ihrer/Ihrem [interviewte familiäre Pflegeperson bzw. "für die Pflege wichtigste Person aus dem privaten Umfeld"] bevor sie / er Ihre Pflege übernommen hat? Wie sind Sie miteinander umgegangen? Wie sind Sie miteinander zurechtgekommen?

- *[Für den Fall, dass befragte Person in einer Weise antwortet, die über die Eigenart der Beziehung nichts oder wenig aussagt (z. B. ein knappes „Och, gut!“)]* Können Sie mir etwas näher beschreiben, wie das so zwischen Ihnen war, bevor sie / er Sie gepflegt hat?
- Welche Probleme gab es möglicherweise?

8. Was hat sich zwischen Ihnen und Ihrer / Ihrem [interviewte familiäre Pflegeperson bzw. "für die Pflege wichtigste Person aus dem privaten Umfeld"] verändert, seit Sie von ihr / ihm gepflegt werden?

- Vergleichen Sie doch einmal mit der Zeit vor der Pflege:
 - Inwieweit haben Sie sich als *[Ehefrau, Ehemann, Vater, Mutter, Schwiegervater, Bruder etc.]* gegenüber Ihrer/Ihrem *[interviewte familiäre Pflegeperson]* verändert?
 - Inwieweit hat Ihre/Ihr *[interviewte familiäre Pflegeperson]* sich als *[Ehefrau, Ehemann, Vater, Mutter, Schwiegervater, Bruder etc.]* Ihnen gegenüber verändert?

9. Immer wenn Menschen regelmäßig engen Kontakt zueinander haben, gibt es auch Situationen, in denen man sich über den Anderen ärgert. Wie ist das bei Ihnen und Ihrer/Ihrem [interviewte familiäre Pflegeperson]? Wie sehen solche Situationen bei Ihnen aus? *[Hier und bei den folgenden Fragen gilt wieder: Sollte das interviewte Familienmitglied überhaupt nicht pflegen, die Fragen bitte auf die "für die Pflege wichtigste Person aus dem privaten Umfeld" beziehen.]*

10. Auch bei Menschen, die zu Hause gepflegt werden, kann es vorkommen, dass sie von ihren Angehörigen manchmal nicht gut behandelt werden. Können Sie sich vorstellen, wie so etwas aussehen und wie es dazu kommen kann?

[Einleitung zum Fragenblock 11-19]

Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen zu Ereignissen stellen, die überall und natürlich auch in der häuslichen Pflege zwischen Menschen vorkommen können. Wir stellen diese Fragen jedem, mit dem wir ein solches Gespräch führen. Wenn das, was ich Ihnen beschreibe, bei Ihnen noch nie vorgekommen ist, sagen Sie mir das bitte, dann gehen wir weiter zur nächsten Frage.

11. Haben Sie schon mal erlebt, dass Ihre/Ihr [interviewte familiäre Pflegeperson] Sie grob angefasst hat oder Sie in einer anderen Weise körperlich verletzt hat oder Ihnen Schmerzen zugefügt hat? *[Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

12. Ist es schon vorgekommen, dass Ihre / Ihr [interviewte familiäre Pflegeperson] Sie daran gehindert hat, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder Sie sonst in Ihrem Bewegungsspielraum eingeschränkt hat? *[Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

13. Ist es schon vorgekommen, dass Ihre/Ihr [interviewte familiäre Pflegeperson] Ihnen gegenüber laut geworden ist, Sie beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

14. Und wie sieht das umgekehrt aus? Ist es schon vorgekommen, dass Sie Ihre/Ihren [interviewte familiäre Pflegeperson] grob angefasst haben oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt haben? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

15. Ist es schon vorgekommen, dass Sie gegenüber Ihrer/Ihrem [interviewte familiäre Pflegeperson] laut geworden sind, sie/ihn beschimpft oder beleidigt haben oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

16. Wir haben jetzt nur über Sie und Ihre/ Ihren [interviewte familiäre Pflegeperson] gesprochen. Wenn Sie für die Zeit, seit Sie pflegebedürftig geworden sind, einmal ganz allgemein überlegen: Ist es schon vorgekommen, dass irgendjemand Sie grob angefasst hat oder Sie in einer anderen Weise körperlich verletzt hat oder Ihnen Schmerzen zugefügt hat? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

17. Ist es schon mal vorgekommen, dass irgendjemand Sie eingeschlossen oder daran gehindert hat, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder Sie sonst in Ihrem Bewegungsspielraum eingeschränkt hat? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

18. Haben sie schon mal erlebt, dass irgendjemand Ihnen gegenüber laut geworden ist, Sie beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

19. Haben Sie schon mal erlebt, dass irgendjemand Ihnen etwas gestohlen hat oder sich auf andere Weise an Ihrem Besitz bereichert hat? So etwas kann auch z. B. geschehen, indem ein Vertrag oder eine Urkunde bewusst so gestaltet wird, dass eine Person davon Nachteile hat. [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

20. Gibt es aus Ihrer Sicht Dinge, die wichtig wären in Bezug auf Ihre Erfahrungen, über die wir bisher nicht gesprochen haben?

21. Wenn Sie heute entscheiden könnten, wie und von wem Sie gepflegt werden möchten – wofür würden Sie sich entscheiden?

11.3.2 Interviewleitfaden für die familiäre Pflegeperson

1. Wie sieht zurzeit ein normaler Tagesablauf für Sie aus?

- Wann beginnt Ihr Tag und wann endet er?
- Wie ist es nachts?
- Wie oft in der Woche ist der Ablauf so?
- Gibt es Unterschiede zwischen Wochentagen und Wochenenden?
- Inwieweit wissen Sie zu Beginn eines Tages, was auf Sie zukommt?
- Gibt es weitere regelmäßige Aktivitäten oder Termine, die für Sie wichtig sind?

2. Wie ist es dazu gekommen, dass Sie Ihre(n) [Mutter / Vater / Ehemann / Ehefrau etc.] pflegen?

- Inwieweit konnten Sie sich auf die Übernahme der Pflege vorbereiten?
- Was hat Sie dazu bewogen, die Pflege zu übernehmen?

3. Wie geht es Ihrer/Ihrem [x] zurzeit?

- Wie geht es ihr/ihm körperlich?
- Wie ist ihre/seine geistige Verfassung?
- Wie ist ihre/seine Stimmung? Wie fühlt sie/er sich? Wie kommt sie/er mit ihrer/seiner Situation zurecht?
- Was kann sie/er alleine bewältigen? Wo benötigt sie/er Hilfe?
- Hat sie/er einen gesetzlichen Betreuer? [*gegebenenfalls erläutern: d. h., jemanden, der vom Gericht eingesetzt ist, für die/den Pflegebedürftige(n) Dinge zu regeln, die sie/er nicht mehr selbst regeln kann; falls nicht spontan berichtet: nachfragen, wer gesetzlicher Betreuer ist*]
- Wie hat sich der Zustand Ihrer / Ihres [x] in der zurückliegenden Zeit entwickelt?
- Wenn Sie in die Zukunft schauen: Wie wird es weitergehen?

4. Welche Hilfe und Pflege bekommt Ihr(e) [x]?

- **Wer beteiligt sich außer Ihnen an der Pflege?**
- **Gibt es Unterstützung durch einen ambulanten Dienst oder andere Helfer außerhalb des privaten und familiären Bereichs? Wie sieht diese Unterstützung aus?**
- Wie viele Stunden stehen Sie pro Tag für die Pflege Ihres / Ihrer [x] zur Verfügung?
- Wie ist die Zusammenarbeit zwischen Ihrer / Ihrem [x] und Ihnen bei der Pflege?
- **Gibt es Verhaltensweisen Ihrer / Ihres [x], die Ihnen Probleme bereiten?** [*Gegebenenfalls: Welche sind das?*]
- Inwieweit ist es schon vorgekommen, dass Sie sich in der Pflege gegen den Willen Ihrer/Ihres [x] durchsetzen? Was tun Sie, um sich durchzusetzen?
- **Hatten Sie schon mal Angst, dass Ihre / Ihr [x] etwas tut, womit sie/er sich (oder vielleicht auch andere) in Gefahr bringen könnte?** [*Gegebenenfalls: Wie gehen Sie mit solchen Ängsten um? Was machen Sie dann?*]
- **Inwieweit haben Sie Ihre/Ihren [x] schon mal eingeschlossen, daran gehindert, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder sonst in ihrem/seinem Bewegungsspielraum eingeschränkt?** [*Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?*]
- **Können Sie Ihre / Ihren [x] immer ihren/seinen Bedürfnissen entsprechend pflegen – oder gibt es auch Situationen, in denen das nicht so ist?** [*Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?*]

5. Was hat sich in Ihrem Leben verändert, seit Sie Ihre/ Ihren [x] pflegen?

- Was hat sich in Ihrer Familie oder Partnerschaft verändert?
- Wie haben sich Ihre sonstigen Beziehungen z. B. zu Freunden, Nachbarn und Bekannten entwickelt?
- Wie hat sich Ihre Wohnsituation verändert?
- Wie hat sich die Pflege auf Ihre Freizeitgestaltung ausgewirkt?
- Welche Veränderungen haben sich in Bezug auf Ihre berufliche und finanzielle Situation ergeben? Wie würden Sie Ihre jetzige wirtschaftliche Situation beschreiben?

6. Wie geht es Ihnen heute insgesamt?

- Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

- Wenn Sie an Ihre derzeitige Lebenssituation denken: Was ist schwer für Sie? Was belastet Sie? [*Wenn Belastungen in Zusammenhang mit Pflege nicht thematisiert werden sollten: Was fällt Ihnen bei der Pflege schwer? Was belastet Sie dort?*]
- Wie gehen Sie mit den Belastungen um, die Sie mir gerade beschrieben haben?

7. Wer unterstützt Sie in Ihrer Situation?

- [*gegebenenfalls*] Welche Art von Unterstützung bekommen Sie von [y_1]?
- Wer unterstützt Sie noch? [+ *gegebenenfalls wiederum*: Welche Art von Unterstützung bekommen Sie von [y_2]?
- [*sofern nur handlungspraktische und / oder informationale Unterstützung benannt:*] Inwieweit werden Sie durch Kontakte und Gespräche mit anderen Personen unterstützt?
- [*sofern Unterstützungsfrage zunächst summarisch verneint wird ("von niemandem", "mache ich alles alleine");*] Unterstützung kann vielerlei bedeuten. Dazu gehören praktische Hilfen ebenso wie Tipps und Informationen, aber auch Kontakte und Gespräche. Welche Art von Unterstützung bekommen Sie in diesem weiteren Sinne?
- Wie sind Ihre Erfahrungen mit den Pflegekassen? Haben Sie bislang Beratungsmöglichkeiten oder angebotene Kurse für pflegende Angehörige genutzt? [*Wenn nein: Warum bisher nicht?*]
- Welche Unterstützung vermissen Sie? Von wem würden Sie sich mehr Unterstützung wünschen?
- Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie insgesamt mit der Unterstützung, die Sie derzeit bekommen?
- Wie sieht es alles in allem mit Ihren sozialen Kontakten aus? Wie mit denen Ihrer/Ihres [x]?

8. Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrer/Ihrem [x] heute beschreiben? Wie gehen Sie miteinander um? Wie kommen Sie miteinander zurecht?

- Wie sehr fühlen Sie sich durch die Pflege mit ihm/ihr verbunden?
- Wie viel Einfluss haben Sie, wie viel Einfluss hat Ihre/Ihr [x] in Ihrem Umgang miteinander?

- Inwieweit und in welchen Bereichen trifft Ihre/Ihr [x] (noch) selbst Entscheidungen? Welche Entscheidungen treffen Sie für Ihre/Ihren [x]? Wie kommen ansonsten Entscheidungen zustande?
- Was bekommen Sie von Ihrer/Ihrem [x] zurück?

9. Wie war die Beziehung zu Ihrer/Ihrem [x] bevor Sie die Pflege übernommen haben?

- Welche Probleme gab es möglicherweise?

10. Was hat sich in der Beziehung zu Ihrer / Ihrem [x] verändert, seit Sie Ihn/Sie pflegen?

- Vergleichen Sie doch einmal mit der Zeit vor der Pflege:
 - Inwieweit hat sich Ihre Rolle als [Tochter, Sohn, Ehefrau etc.] gegenüber Ihrer/Ihrem [x] verändert?
 - Inwieweit hat sich Ihre/Ihr [x] in seiner/ihrer Rolle Ihnen gegenüber verändert?

11. Immer wenn Menschen regelmäßig engen Kontakt zueinander haben, gibt es auch Situationen, in denen man sich über den Anderen ärgert. Wie ist das bei Ihnen und Ihrer/Ihrem [x]? Wie sehen solche Situationen bei Ihnen aus?

12. Auch bei Menschen, die von ihren Angehörigen zuhause gepflegt werden, kann es vorkommen, dass sie manchmal nicht gut behandelt werden. Können Sie sich vorstellen, wie so etwas aussehen und wie es dazu kommen kann?

[Einleitung zum Fragenblock 13-19]

Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen zu Ereignissen stellen, die überall und natürlich auch in der häuslichen Pflege zwischen Menschen vorkommen können. Wir stellen diese Fragen jedem, mit dem wir ein solches Gespräch führen. Wenn das, was ich Ihnen beschreibe, bei Ihnen noch nie vorgekommen ist, sagen Sie mir das bitte, dann gehen wir weiter zur nächsten Frage.

13. Haben Sie schon mal erlebt, dass Ihre/Ihr [pflegebedürftiger Angehöriger] Sie grob angefasst hat oder Sie in einer anderen Weise körperlich verletzt hat oder Ihnen Schmerzen zugefügt hat? [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

14. Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Ihre/Ihr [x] Ihnen gegenüber laut geworden ist, Sie beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
15. Und wie sieht das umgekehrt aus? Ist es schon vorgekommen, dass Sie Ihre/Ihren [x] grob angefasst haben oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt haben? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
16. Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie gegenüber Ihrer/Ihrem [x] laut geworden sind, sie/ihn beschimpft oder beleidigt haben oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
17. Wie sieht das mit anderen Menschen aus – ich denke da an Familienmitglieder, Nachbarn, Bekannte oder z. B. auch Mitarbeiter eines ambulanten Dienstes: Inwieweit haben Sie da schon mal erlebt, dass jemand Ihre/Ihren [x] grob angefasst hat oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt hat oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt hat? Ich meine die Zeit, seit Ihre / Ihr [x] pflegebedürftig ist. [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
18. Inwieweit haben Sie schon erlebt, dass jemand Anderes gegenüber Ihrer/Ihrem [x] laut geworden ist, sie/ihn beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
19. Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass jemand Ihrer/Ihrem [x] etwas gestohlen hat oder sich auf andere Weise an ihrem/seinem Besitz bereichert hat, seitdem sie/er pflegebedürftig geworden ist? So etwas kann auch z. B. geschehen, indem ein Vertrag oder eine Urkunde bewusst zum Nachteil einer Person gestaltet wird. [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
20. Gibt es aus Ihrer Sicht Dinge, die wichtig wären in Bezug auf Ihre Erfahrungen als Pflegende, über die wir bisher nicht gesprochen haben?
21. Wenn Sie heute in der Situation wären, sich dafür oder dagegen zu entscheiden, die Pflege Ihrer / Ihres [x] zu übernehmen – was würden Sie tun?

11.3.3 Interviewleitfaden für die ambulante Pflegekraft

Bereich: Spezifisches Pflegearrangement

1. Wie sieht Ihr Kontakt zu Herrn / Frau [x] zurzeit aus?

- Seit wann pflegen Sie Herrn / Frau [x]?
- Wie häufig sehen Sie Herrn / Frau [x] pro Tag / Woche?
- Wie viel Zeit beansprucht die Pflege von Herrn / Frau [x] jedes Mal?
- Welche Hilfe / Pflege erhält Herr / Frau [x] von Ihnen?
- Wie sind die Zuständigkeiten für Herrn / Frau [x] innerhalb Ihres Pflegedienstes geregelt? [Sind Sie alleine für ihn / sie zuständig? Gibt es andere Mitarbeiter des Dienstes, die Herrn / Frau [x] ebenfalls versorgen? *Wenn ja: Welche(r) Mitarbeiter(in) ist hauptsächlich für Herrn / Frau [x] verantwortlich?*]

2. Wie geht es Herrn / Frau [x] zurzeit?

- Wie geht es ihr / ihm körperlich?
- Wie ist ihre / seine geistige Verfassung?
- Wie ist ihre / seine Stimmung? Wie fühlt sie / er sich?
- Wie kommt sie / er mit ihrer / seiner Situation zurecht?
- Was kann sie / er alleine bewältigen? Wo benötigt sie / er Hilfe?
- Wie hat sich ihr / sein Zustand in der zurückliegenden Zeit entwickelt?
- Wenn Sie in die Zukunft schauen: Wie wird es weitergehen? [*Insbesondere auch: Stehen grundsätzliche Veränderungen der gegenwärtigen Pflegesituation im Raum? Kommt ein Umzug in ein Heim in Frage?*]

3. Wie erleben Sie die Arbeit mit Herrn / Frau [x]?

- Was empfinden Sie bei Ihrer Arbeit mit Herrn / Frau [x] als angenehm oder auch als unangenehm?
- Inwieweit erleben Sie Ihre Arbeit mit Herrn / Frau [x] als belastend?
- **Wie würden Sie Ihre Beziehung zu Herrn / Frau [x] beschreiben?**

- **Wie ist die Kommunikation mit Herrn / Frau [x]? Wie verständigen Sie sich mit ihm / ihr?**
- **Wie gut arbeitet Herr / Frau [x] bei der Pflege mit?**
- **Wenn bezüglich der Pflege eine Entscheidung zu treffen ist: Wie ist das bei Ihnen und Herrn / Frau [x]?**
- **Wenn Sie es mit anderen Pflegebedürftigen vergleichen, bei denen Sie tätig sind: Wie gern oder ungern gehen Sie zu Herrn / Frau [x] ins Haus? Warum ist das so?**

4. Außer von Ihnen: Welche Hilfe und Pflege bekommt Herr / Frau [x]? Wer ist sonst für ihn / sie da?

- Wer beteiligt sich außer Ihnen an der Pflege von Herrn / Frau [x]? (*zu achten auf: Familie / andere informelle Hilfen / andere ambulante Dienste*)
- Inwieweit sprechen Sie sich mit den anderen, die an der Pflege von Herrn / Frau [x] beteiligt sind, ab?
- **Wer trägt aus Ihrer Sicht die Hauptlast der Pflege von Herrn / Frau [x]?**
- [*Für den Fall, dass die Pflegekraft nicht die von uns befragte mutmaßliche familiäre Hauptpflegeperson nennt*]: (a) Warum denken Sie, dass die Hauptlast der Pflege bei [y] liegt? (b) Welche Bedeutung hat [*interviewte familiäre Pflegeperson*] aus Ihrer Sicht für die Pflege von Herrn / Frau [x]?
- **Wie würden Sie Ihre Beziehung zu den Angehörigen von Herrn / Frau [x] beschreiben?**

5. Wie geht es aus Ihrer Sicht [interviewte familiäre Pflegeperson] heute insgesamt?

- Wie geht es [interviewte familiäre Pflegeperson] aus Ihrer Sicht gesundheitlich?
- Was denken Sie, was [interviewte familiäre Pflegeperson] bei der Pflege besonders schwer fällt oder sie / ihn belastet?
- Wie zufrieden oder unzufrieden ist [interviewte familiäre Pflegeperson] nach Ihrem Eindruck mit der jetzigen Situation?
- Inwieweit sprechen Sie mit [interviewte familiäre Pflegeperson] über seine / ihre Situation? (Beraten Sie sie / ihn oder weisen Sie sie / ihn auf Beratungsangebote hin?)

6. Wie würden Sie die Beziehung zwischen Frau / Herrn [interviewte familiäre Pflegeperson] und Herrn / Frau [x] beschreiben? Wie gehen die beiden miteinander um? Wie kommen sie miteinander zurecht?

7. Wie gut oder schlecht ist aus Ihrer Sicht insgesamt die Pflege von Herrn / Frau [x]? (Ich meine nicht nur die Pflege durch [interviewte familiäre Pflegeperson], sondern seine / ihre pflegerische Situation insgesamt.)

- **Wird er / sie immer seinen Bedürfnissen entsprechend gepflegt oder gibt es Situationen, in denen Sie die pflegerische Versorgung von Herrn / Frau [x] als ungenügend bezeichnen würden?** [*Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?*]
- [*Wenn nicht interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit:*] Und wie sieht das bei Ihnen aus? Wird Herr / Frau [x] von Ihnen immer seinen Bedürfnissen entsprechend gepflegt?
- [*Wenn interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit:*] Und wie sieht das bei den anderen Personen aus, die an der Pflege beteiligt sind? Wird Herr / Frau [x] von denen immer seinen Bedürfnissen entsprechend gepflegt?
- [*in Bezug auf berichtete Vorkommnisse zu explorieren:*] Worin bestand da das Problem? Wie kam es dazu? (Wer war dafür verantwortlich?) Welche Folgen hatte das für Herrn / Frau [x]? Wie wurde damit umgegangen? Besteht das Problem noch, oder wurde es behoben? (bzw. Ist dieses Problem noch öfter aufgetreten? Konnte es inzwischen gelöst werden?)

8. Und inwieweit ist es Ihres Wissens schon vorgekommen, dass Frau / Herr [x] eingeschlossen wurde, jemand sie / ihn daran gehindert hat, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder Frau / Herr [x] sonst in ihrem / seinem Bewegungsspielraum eingeschränkt wurde? [Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- [*Wenn nicht interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit:*] Und wie sieht das bei Ihnen aus? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie Frau / Herrn [x] eingeschlossen haben, sie / ihn daran hinderten, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder Frau / Herr [x] sonst in ihrem / seinem Bewegungsspielraum eingeschränkt haben? [*Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?*]

- *[Wenn interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit:]* Und wie sieht das bei den anderen an der Pflege beteiligten Personen aus? *[Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

9. Immer wenn Menschen regelmäßig engen Kontakt zueinander haben, gibt es auch Situationen, in denen Probleme auftreten, man weniger gut mit dem anderen zurecht kommt, Spannungen entstehen und es möglicherweise zu Auseinandersetzungen kommt. Wie ist das bei Frau / Herrn [x]?

- *[Wenn eigene Konflikte mit pflegebedürftiger Person genannt bzw. eigene Konfliktfreiheit behauptet wird:]* Und wie sieht das bei den anderen an der Pflege beteiligten Personen aus?
- *[Wenn Konflikte Dritter mit pflegebedürftiger Person genannt bzw. über die eigene Person nicht direkt etwas ausgesagt wird:]* Und wie sieht das bei Ihnen aus?

[Einleitend zu den Fragen 10 – 16]

10. Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen zu Ereignissen stellen, die überall und natürlich auch in der häuslichen Pflege zwischen Menschen vorkommen können. Wir stellen diese Fragen jedem, mit dem wir ein solches Gespräch führen.

11. Inwieweit ist es schon vorgekommen, dass Frau / Herr [x] Ihnen gegenüber handgreiflich geworden ist, Sie gekratzt oder gebissen hat oder Sie in einer anderen Weise körperlich verletzt oder Ihnen Schmerzen zugefügt hat? *[Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

- *Wenn Frage verneint wurde:* Und wie sieht das bei den anderen an der Pflege beteiligten Personen aus? Ist Herr / Frau [x] Ihres Wissens gegenüber diesen Personen schon mal handgreiflich geworden, hat sie gekratzt oder gebissen oder sie in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihnen Schmerzen zugefügt? *[Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

12. Inwieweit ist es schon vorgekommen, dass Frau / Herr [x] Ihnen gegenüber laut geworden ist, Sie beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? *[Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]*

- *Wenn Frage verneint wurde:* Und wie sieht das bei den anderen Personen aus, die an der Pflege von Frau / Herrn [x] beteiligt sind? Ist Herr / Frau [x] Ihres Wissens gegenüber diesen Personen schon mal laut geworden, hat sie beschimpft oder beleidigt

oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

13. Inwieweit ist es schon vorgekommen, dass Frau / Herr [x] ohne Ihr Einverständnis körperlichen Kontakt zu Ihnen suchte, sexuelle Andeutungen machte oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

14. Ich möchte jetzt die Blickrichtung ändern und Sie nach Dingen fragen, die möglicherweise Frau / Herrn [x] widerfahren sind. Inwieweit ist es Ihres Wissens schon vorgekommen, dass jemand Frau / Herrn [x] grob angefasst hat oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt hat? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- *Wenn nicht interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit*: Und wie sieht das bei Ihnen aus? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie Frau / Herrn [x] grob angefasst haben oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt haben? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
- *Wenn interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit*: Und wie sieht das mit anderen Personen aus? Inwieweit hat da Ihres Wissens schon mal jemand Frau / Herrn [x] grob angefasst oder sie/ihn in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr/ihm Schmerzen zugefügt? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

15. Inwieweit ist es Ihres Wissens schon vorgekommen, dass jemand gegenüber Frau / Herrn [x] laut geworden ist, sie / ihn beschimpft oder beleidigt hat oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- *Wenn nicht interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit*: Und wie sieht das bei Ihnen aus? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie gegenüber Frau / Herrn [x] laut geworden sind, sie / ihn beschimpft oder beleidigt haben oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]
- *Wenn interviewte Pflegekraft als Akteur in geschilderter Begebenheit*: Und wie sieht das mit anderen Personen aus? Inwieweit ist da Ihres Wissens schon mal jemand gegenüber Frau / Herrn [x] laut geworden, hat sie / ihn beschimpft oder beleidigt oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

16. Inwieweit ist es schon vorgekommen, dass jemand Frau / Herrn [x] etwas gestohlen hat oder sich auf andere Weise an ihrem / seinem Besitz bereichert hat? So etwas kann auch z. B. geschehen, indem ein Vertrag oder eine Urkunde bewusst zum Nachteil einer Person gestaltet wird. [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

17. Wenn Frau / Herr [x] heute die Möglichkeit hätte, sich frei zu entscheiden: Zu welcher Art von Pflege würden Sie ihr / ihm raten? [Zu achten u. a. auf: familiäre / stationäre Pflege; käme Heim überhaupt in Frage? Im häuslichen Setting: durch wen und mit welcher weiteren Unterstützung?]

Bereich: Fallübergreifende Erfahrungen

18. Sie haben durch ihren Beruf zahlreiche Einblicke auch in andere Haushalte, in denen Menschen gepflegt werden. Ich möchte Ihnen nun ein paar Fragen stellen, die Ihre allgemeinen Erfahrungen und nicht die eben besprochene spezielle Pflegebeziehung betreffen. Welche besonders problematischen Situationen haben Sie dort selbst erlebt oder beobachtet?

19. Inwieweit werden Pflegebedürftige nach Ihren Erfahrungen zu Hause ihren Bedürfnissen entsprechend gepflegt? Inwieweit gibt es Situationen, in denen Sie die pflegerische Versorgung als ungenügend bezeichnen würden? [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- Und wie ist das bei Ihnen? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie Pflegebedürftige nicht ihren Bedürfnissen entsprechend gepflegt haben? [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

20. Inwiefern haben Sie schon erlebt, dass jemand, den Sie gepflegt haben, grob angefasst wurde, dass jemand ihm oder ihr gegenüber handgreiflich geworden ist oder Ähnliches? [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- Und wie ist das bei Ihnen? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie jemanden, den sie gepflegt haben, grob angefasst haben oder die Person in einer anderen Weise körperlich verletzt oder ihr Schmerzen zugefügt haben? [Gegebenenfalls: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

21. Inwieweit kommt es vor, dass Pflegebedürftige zu Hause eingeschlossen werden, daran gehindert werden, aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder sonst in ihrem Bewegungsspielraum eingeschränkt werden? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- Und wie ist das bei Ihnen? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie jemandem, den sie gepflegt haben, daran hinderten aus dem Bett oder vom Stuhl aufzustehen oder sonst in ihrem / seinem Bewegungsspielraum eingeschränkt haben? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

22. Inwiefern haben Sie schon erlebt, dass jemand, den Sie gepflegt haben, beschimpft oder beleidigt wurde, dass jemand ihm oder ihr gegenüber laut geworden ist oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

- Und wie ist das bei Ihnen? Inwiefern ist es schon vorgekommen, dass Sie gegenüber jemandem, den sie gepflegt haben, laut geworden sind, die Person beschimpft oder beleidigt haben oder Ähnliches? [*Gegebenenfalls*: Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

23. Inwiefern haben Sie schon erlebt, dass jemand, den Sie gepflegt haben, bestohlen wurde oder jemand sich auf andere Weise an dem Besitz der Person bereichert hat? So etwas kann z. B. auch geschehen, indem ein Vertrag oder eine Urkunde bewusst so gestaltet wird, dass eine Person Nachteile davon hat. [Können Sie mir eine solche Begebenheit beschreiben?]

24. Angenommen, Sie würden selbst eines Tages pflegebedürftig: Wie möchten Sie gepflegt werden?

25. Wenn eine Fee käme, und Sie dürften 3 Dinge aussuchen, die im Bereich der häuslichen Pflege alter Menschen geändert würden: Was würden Sie wählen?

26. Gibt es aus Ihrer Sicht Dinge, die Ihnen wichtig sind und über die wir bisher nicht gesprochen haben?

11.4 Summarische Ratingskala

Zum Abschluss des Interviews möchten wir Sie noch um einige Beurteilungen bitten. Kreuzen Sie bitte jeweils das Feld an, das am besten auf Sie zutrifft.

<p>1. Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sehr gut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr schlecht</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gut				sehr schlecht						
1	2	3	4	5																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
sehr gut				sehr schlecht																	
<p>2. Wenn Sie an Ihr Leben im Allgemeinen denken, wie würden Sie Ihr derzeitiges Befinden bewerten?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sehr gut</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr schlecht</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr gut				sehr schlecht						
1	2	3	4	5																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
sehr gut				sehr schlecht																	
<p>3. Wie würden Sie Ihr persönliches Wohlergehen in den letzten 2 Wochen beurteilen?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sehr schlecht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr gut</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				sehr gut						
1	2	3	4	5																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
sehr schlecht				sehr gut																	
<p>4. Wie beurteilen Sie insgesamt die Hilfen für Pflegebedürftige und ihre Familien?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">sehr schlecht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr gut</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sehr schlecht				sehr gut						
1	2	3	4	5																	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
sehr schlecht				sehr gut																	
<p>5. Wie viel Unterstützung, Hilfe und Zuspruch erhalten Sie insgesamt?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">viel zu wenig</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">so viel ich will</td> </tr> </table>	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	viel zu wenig			so viel ich will									
1	2	3	4																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
viel zu wenig			so viel ich will																		
<p>6. Wie belastend war das Gespräch für Sie?</p> <table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr stark</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht						sehr stark
0	1	2	3	4	5	6															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
überhaupt nicht						sehr stark															

11.5 Postscript-Bogen (Interviewprotokoll)

Interview-Code: _____, InterviewerIn: _____

Datum des Gesprächs: _____

Beginn: _____ Uhr, Ende: _____ Uhr

Sozialdatenbogen vorhanden ☐ ja ☐ nein

Gegebenenfalls: warum kein SD-Bogen? _____

Bandaufnahme vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Gegebenenfalls: warum keine Aufnahme? _____

Ort des Gesprächs: _____ (auch: Art des Raumes)

Gab es äußere Störungen des Gesprächsverlaufs? ☐ ja ☐ nein

Gegebenenfalls: Störungen welcher Art? _____

War die [pflegebedürftige Person, eine familiäre Pflegeperson oder professionelle Pflegeperson] während des Gesprächs im Raum?

☐ ja, dauerhaft längere Zeit ☐ ja, kurz ☐ nein

Gegebenenfalls: Erläuterungen zur Anwesenheit der pflegebedürftigen Person

Waren andere nicht direkt Interviewbeteiligte im Raum?

☐ ja, dauerhaft längere Zeit ☐ ja, kurz ☐ nein

Gegebenenfalls: Erläuterungen zur Anwesenheit Dritter

Informationen (von Seiten GesprächspartnerIn) vor Beginn der Bandaufnahme?

Informationen (von Seiten GesprächspartnerIn) nach Ende der Bandaufnahme?

Welche zentralen Inhalte/leitmotivischen Themen wurden vorgebracht?

„Aha-Erlebnisse“ des Interviewers/der Interviewerin im Gesprächsverlauf, thematische Auffälligkeiten/Interpretationsideen

Sonst. Auffälligkeiten/Besonderheiten Eindrücke/Probleme

11.6 Informationsblatt

Briefkopf: DZA

ZUR BEFRAGUNG „HÄUSLICHE PFLEGEBEZIEHUNGEN“ INFORMATIONEN FÜR GESPRÄCHSPARTNERINNEN/ GESPRÄCHSPARTNER

Wie kommt es zu dieser Befragung?

Die Befragung ist Teil eines durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Forschungsprojektes. Das Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) führt in Zusammenarbeit mit dem Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen e. V. (KFN) und der Universität Hildesheim Interviews zum Thema „häusliche Pflege“ durch.

Worum geht es uns?

Pflege und Pflegebedürftigkeit stellen alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen und können manchmal zu Problemen im Umgang miteinander führen. Wir möchten lernen, wie Menschen mit Pflege und Pflegebedürftigkeit umgehen, vor allem mit Situationen, in denen die Dinge vielleicht nicht so laufen, wie man es sich wünschen würde. Wir möchten erfahren, wie sich die Pflegesituation auf Ihr alltägliches Leben auswirkt und wie Sie Belastungen und mögliche Konfliktsituationen erleben. Die Studie will einen Beitrag dazu leisten, Hilfen für Pflegebedürftige und Pflegenden zu verbessern und auf die tatsächlichen Probleme abzustimmen.

Wen wollen wir erreichen?

Wir sind interessiert an der Sichtweise aller, die unmittelbar an der Pflegesituation beteiligt sind. Daher führen wir nach Möglichkeit Gespräche mit den Pflegebedürftigen selbst, ihren pflegenden Angehörigen, aber auch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste.

Was ist uns dabei wichtig?

Wir sehen für das Gespräch ca. eine Stunde vor, um Sie nicht allzu lange zu beanspruchen – auch wenn Sie möglicherweise viele Erfahrungen mehr berichten könnten. Selbstverständlich werden Ihre Antworten streng vertraulich behandelt und grundsätzlich anonymisiert.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung!

Gerade in einer Gesellschaft, in der immer mehr ältere Menschen leben, betreffen die mit Pflege verbundenen Fragen und Themen uns alle. Mit Ihrer Teilnahme an unserer Studie tragen Sie dazu bei, die Erfahrungen von Pflegenden und Pflegebedürftigen direkt in die

Weiterentwicklung von Hilfen für die häusliche Pflege einfließen zu lassen. Dafür möchten wir Ihnen bereits jetzt herzlich danken!

Ihre Fragen beantworten wir gerne!

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin, Dipl.-Soz. Juliane Nachtmann, Tel: 030 – 260 740 79, nachtmann@dza.de

11.7 Antwortbogen

Briefkopf: DZA

INTERVIEWSTUDIE „HÄUSLICHE PFLEGEBEZIEHUNGEN“

Antwortbogen an das:

Deutsches Zentrum für Altersfragen

Frau Juliane Nachtmann

Manfred-von-Richthofen-Str. 2

12101 Berlin

☐ **Ich bin selber pflegebedürftig** und bereit an einem Interview teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer durch den Pflegedienst weitergegeben wird.

Name: _____

Telefonnummer: _____

☐ **Ich pflege meinen Angehörigen / meine Angehörige** und bin bereit, an einem Interview teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass meine Telefonnummer durch den Pflegedienst weitergegeben wird.

Name: _____

Telefonnummer: _____

12 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt zu haben. Ich benutzte keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel. Die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht. Ich bin damit einverstanden, dass die Dissertation mit einer qualifizierten Software auf Plagiatsvorwürfe untersucht werden kann.

Juliane Nachtmann